

Avaliação e Reabilitação Cognitiva na Esclerose Múltipla: Estudo de Caso

Leandra Jesuína Lamego Rabaça

M

2018



Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Avaliação e Reabilitação Cognitiva na Esclerose Múltipla: Estudo de Caso

Leandra Jesuína Lamego Rabaça

Outubro 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Prof. Doutor *João Marques-Teixeira* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade intelectual.

“Nothing is impossible, the word itself says 'I'm possible'! “ - Audrey Hepburn

Agradecimentos

A todo o corpo docente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, pelo constante reforço e conhecimento transmitidos, nestes meus únicos dois anos de formação nomeadamente no Mestrado Integrado de Psicologia Clínica e da Saúde.

À Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro por ter sido o meu alicerce na formação inicial de Psicologia, o meu gigantesco obrigada e voltarei a “Casa” sempre.

Ao Centro Hospitalar de S. João, à Dra. Cláudia, à Dra. Joana e à N., sem vocês, este projeto não avançaria.

Ao meu orientador, Professor Dr. João Marques-Teixeira, pela orientação, sugestões e *feedbacks* fornecidos ao longo deste percurso.

Um agradecimento especial à Professora Dra. Filipa Palha, pela convicção, dedicação e determinação que me transmitiu face à Área da Saúde Mental e o quão luta pelos direitos destas pessoas.

Aos meus avós, o meu eterno agradecimento pelos valores transmitidos, também na ajuda da concretização deste Sonho e de o tornarem possível e, acima de tudo, por serem a alavanca da minha vida.

Aos meus pais, por também serem os impulsionadores dos meus sonhos e me fazerem ver sempre mais além, fazendo-me perceber que o sonho comanda a vida e, estarem presentes para me ajudar a orientar o leme. Esta vitória é minha, mas também muito vossa.

Ao meu irmão, pelo simples facto de ser o melhor companheiro em qualquer aventura.

Ao meu namorado, Rui, por ser o meu equilíbrio racional e emocional nos momentos mais difíceis e por já termos partilhado tantos momentos felizes e que venham muitos mais.

A uma amiga muito especial, Mafalda, por todo o incentivo, carinho e companheirismo, longe ou perto, ao longo de todos estes anos e nomeadamente, nesta jornada tão bonita e tão gratificante. Serás sempre o meu Porto de abrigo.

À Ana Isabel, Ana Ferraz, Mara, Aurora, Carla e Belén por serem as minhas amigas prediletas e que sem dúvida dão outra cor à minha vida.

À minha Bela por ter sido uma surpresa e um incrível “achado” no meio desta etapa. Continua a espalhar a boa energia que tanto vibra em ti e que transmites incondicionalmente-

À minha *flatmate*, Renata, por ser uma companhia fantástica e nunca percas esse sorriso.

Agradeço especialmente à Rosa, Sofia e Filipe por terem sido um alicerce inigualável ao longo desta caminhada.

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de Reabilitação Cognitiva numa doente de Esclerose Múltipla nos diversos domínios cognitivos. Primeiramente, foi utilizado um Protocolo de Avaliação Neuropsicológica constituído por um conjunto de testes que avaliam os domínios cognitivos frequentemente alterados nesta patologia (*Montreal Cognitive Assessment*, *Brief repeatable neuropsychological battery for multiple sclerosis*, sub-provas da *Wechsler Memory Scale* e da *Wechsler Adult Intelligence Scale*). Seguidamente, a doente participou num Programa de Reabilitação Cognitiva que perdurou ao longo de três meses. No fim do programa, efetuou-se uma reavaliação com o mesmo protocolo (Pós-Intervenção), de modo a verificar a existência de progresso e respetiva eficácia.

Deste modo, os resultados demonstraram que o programa de Reabilitação Cognitiva foi globalmente eficaz, mas dependente de vários fatores (pessoais, psicológicos e emocionais) e vendo-se limitada por constrangimentos estruturais e contextuais.

Palavras-chave: Avaliação Neuropsicológica, Reabilitação Cognitiva, Estudo de Caso, Esclerose Múltipla.

Abstract

The present dissertation aimed to assess the impact of a Cognitive Rehabilitation program on a Multiple Sclerosis patient within several cognitive domains. Firstly, a Neuropsychological Assessment Protocol was used. It was composed by a set of tests to assess the cognitive domains that are frequently altered in this pathology (*Montreal Cognitive Assessment*, *Brief repeatable neuropsychological battery for multiple sclerosis*, *Wechsler Memory Scale* and *Wechsler Adult Intelligence Scale*'s sub-tests). Then, the patient participated in a Cognitive Rehabilitation Program that lasted three months. At the end of the program, the same protocol was reassessed (Post-Intervention), so as to verify progress and its efficacy.

As such, the results show that the Cognitive Rehabilitation program was effective, however dependent of several factors (personal, psychological and emotional) and limited by structural and contextual constraints.

Key words: Neuropsychological Assessment, Cognitive Rehabilitation, Case Study, Multiple Sclerosis.

Résumé

Cette présente dissertation a comme objectif l'évaluation et l'impacte d'un programme de Réhabilitation Cognitive sur une patiente de Sclérose en plaques dans ses divers domaines cognitifs. Initialement, il a été utilisé un Protocole d'Évaluation Neuropsychologique constitué par un ensemble de testes qui évaluent certains domaines cognitifs fréquemment altérés dans cette pathologie (*Montreal Cognitive Assessment*, *Brief repeatable neuropsychological battery for multiple sclerosis*, sous-preuve de la *Wechsler Memory Scale* et de la *Wechsler Adult Intelligence Scale*). Par la suite, la patiente a participé à un programme de Réhabilitation Cognitive sur une période de trois mois. À la fin du programme, il a été fait une ré-Évaluation avec le même protocole (Pos-Intervention), de manière à vérifier l'existence de progrès et sa respective efficacité. De ce mode, les résultats démontrent que le programme a été efficace, mais dépendant de plusieurs facteurs (personnels, psychologiques et émotionnels) et c'est vu limité par contrainte structurelle et contextuelle.

Mots-Clés: Évaluation Neuropsychologique, Réhabilitation Cognitive, Étude de cas; Sclérose en plaques.

Índice de Abreviaturas

A

AVD's - Atividades de vida diária

B

BL - *Baseline*

C

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

D

DC – Disfunção/Declínio Cognitivo

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DP – Devio Padrão

E

E.M. - Esclerose Múltipla

F

FE - Funções Executivas

M

MoCA - *Montreal Cognitive Assessment*

MSIF - Federação Internacional de Esclerose Múltipla

O

OMS – Organização Mundial de Saúde

P

PEM - *Percentage of Data Exceeding the Median*

PET - Tomografia por emissão de positrões

Q

QV – Qualidade de Vida

QI – Quociente de Inteligência

R

RAO - *Brief Repeatable Neuropsychological Battery for Multiple Sclerosis*

RC – Reabilitação Cognitiva

RM - Ressonância magnética

RNP – Reabilitação Neuropsicológica

RX- Raio -X

S

S.N.C - Sistema Nervoso Central

S.U – Serviço de Urgências

W

WAIS-III - Escala de Inteligência Wechsler para Adultos

WMS-III- Escala de Memória Wechsler para Adultos

Índice

Introdução	13
Enquadramento Teórico.....	15
1. Esclerose Múltipla.....	15
1.1 Caracterização	15
1.2 Epidemiologia	16
1.3 Impacto da E.M. na cognição	16
2. Avaliação Neuropsicológica.....	17
3. Reabilitação Cognitiva	19
4. Depressão e Ansiedade na E.M.	21
Capítulo II – Método.....	21
Estudo de caso.....	21
1. Objetivos do estudo.....	23
2. Procedimento de recolha de dados	24
3. Informação Clínica	25
4. Relatórios de Avaliação Neuropsicológicos (ANP)	26
5. Instrumentos	28
5.1 Protocolo de Avaliação Neuropsicológica	28
5.2 Provas de Rastreio	28
5.3 Avaliação Compreensiva.....	29
5.4 Entrevista Clínica	34
6. Procedimentos de análise de dados.....	35
7. Resultados.....	36
7.1. <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	36
7.2. <i>Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)</i>	38
7.3 <i>Brief Repeatable Neuropsychological Battery for Multiple Sclerosis (RAO)</i>	39
7.4 <i>Weschler Memory Scale (WMS)</i>	40
7.5. <i>Teste de Fluências Verbais</i>	42
Discussão.....	43
Conclusões e Considerações Finais	51
Referências Bibliográficas.....	53
Anexos	58
Anexo I - Consentimento Informado	59

Anexo II - Dados Sociodemográficos da doente.....	60
Anexo III – Resultados ANP.....	60
Anexo IV – Planos e Observações de Sessão.....	62
Anexo V – Instrumentos Psicológicos.....	132
Anexo VI – Perguntas da Entrevista	133

Introdução

Este estudo emergiu no interesse pelo contexto da consulta de Neuropsicologia, integrado no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de S. João (CHSJ), no qual exerci o meu estágio curricular.

O objetivo consistiu em integrar um programa de Reabilitação Cognitiva (R.C.), numa doente com Esclerose Múltipla (E.M.), destinado aos diversos domínios cognitivos em défice com suporte de diversos exercícios usando maioritariamente papel e lápis, de modo a verificar a sua eficácia.

Atualmente, as perturbações mentais e neurológicas são as principais causas de problemas de saúde e incapacidade na Europa (Di Luca, Nutt & Oertel, 2018). Daí, a necessidade em avaliar e compreender o impacto de um programa de Reabilitação Cognitiva numa doente de E.M. Inicialmente efetuou-se uma Avaliação Neuropsicológica (ANP), de modo a averiguar os domínios cognitivos afetados, intervalando com um programa de Reabilitação Cognitiva ao longo de três meses e, seguida, por uma reavaliação para averiguar se decorreu algum progresso ao longo do período de Reabilitação Cognitiva. Desta forma, decorreu-se a um estudo empírico de natureza qualitativa e quantitativa.

O programa de Reabilitação Cognitiva pode ser orientada mais a nível da restauração, compensação ou substituição das funções cognitivas e pode influenciar o funcionamento psicológico, emocional e social da doente. Porém, independente da abordagem utilizada em cada domínio cognitivo a finalidade principal consiste em aperfeiçoar as respetivas funções cognitivas e áreas da vida diária da pessoa com E.M.

O presente estudo distribui-se por tres capítulos: (I) Enquadramento teórico; (II) Método: estudo empírico; (III) Conclusões.

O enquadramento teórico refere-se à revisão da literatura sobre a concetualização vasta da Esclerose Múltipla, da Avaliação Neuropsicológica e da Reabilitação Cognitiva.

O capítulo do estudo empírico refere e descreve a metodologia relativamente à importância de um estudo de caso; as suas vantagens e desvantagens; os instrumentos utilizados; o método estatístico utilizado, os resultados obtidos e a respetiva discussão dos mesmos.

Para finalizar, no último capítulo, apresenta-se as conclusões e algumas limitações do estudo. É importante ter em conta que, os materiais e recursos utilizados para a respetiva intervenção são escassos, tendo alguns sido construídos de base.

Este estudo contribui para o melhor conhecimento face ao desempenho-base e o impacto de um Programa de Reabilitação Cognitiva numa doente com E.M, de modo a alertar sobre a importância deste género de intervenções e as tornar mais eficazes. Estas intervenções têm como principal objetivo impulsionar a saúde cognitiva, psicológica, social e qualidade de vida destas pessoas.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

1. Esclerose Múltipla

1.1 Caracterização

As estatísticas mais recentes estimam que um terço da população mundial sofre de perturbações mentais ou neurológicas ao longo da vida (*Global Burden of Disease de 2015*). Estudos recentes apontam estas perturbações como as principais causas de problemas de saúde e incapacidade, representando 35% das doenças prevalentes na Europa (Di Luca, Nutt & Oertel, 2018).

A Esclerose Múltipla (E.M.) é a doença desmielinizante mais debilitante do sistema nervoso central (S.N.C) causadora principal de incapacidade neurológica nos jovens adultos (Amato, Portaccio & Goretti, 2010). Define-se por ser uma doença neurológica degenerativa, reconhecida pelo desenvolvimento de lesões ou placas no cérebro e na medula espinhal (Chiaravalloti, Genova & DeLuca, 2015).

Esta é uma doença crónica e o quadro clínico pode integrar vários sintomas e sinais neurológicos que mostram esta mesma presença e repartição das áreas de desmielinização no S.N.C (Amato, Portaccio & Goretti, 2010). Daí que, a sintomatologia mais comum da E.M. categorizar-se como: motora, psiquiátrica e cognitiva (Chiaravalloti, Genova & DeLuca, 2015).

A atrofia cortical é elevada pelo facto de se correlacionar com o compromisso físico e cognitivo, desde a dificuldade de locomoção, visão e cognição (Ontaneda, Thompson & Fox, 2017). O compromisso cognitivo de cerca de 50% das pessoas com E.M. é afetado, impactando negativamente nas suas relações sociais e profissionais, estado de humor e qualidade de vida (Q.V.) (Leavitt, Tosto & Riley, 2018). Esta doença neurológica é diagnosticada entre os 20 e 40 anos (Sumowski, 2015), atingindo com maior frequência o sexo feminino (Ontaneda, Thompson & Fox, 2017).

O diagnóstico e a sua intervenção precoces são o foco-chave com que se deparam os profissionais numa fase inicial da doença, de modo a retardar a sua progressão e a posterior incapacidade permanente (Di Luca, Nutt & Oertel, 2018).

1.2 Epidemiologia

O primeiro Atlas de E.M. divulgado em 2008 foi um projeto conjunto pela Federação Internacional de Esclerose Múltipla (MSIF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Inicialmente com 2,1 milhões de pessoas com E.M. a nível mundial em 2008, o Atlas de E.M. foi atualizado em 2013 e o número subiu para 2,3 milhões. Este incremento deve-se ao aumento da sobrevivência de pessoas com E.M. e da população em geral, melhorias no diagnóstico e criação de registos clínicos para promulgação de novos estudos neste âmbito (Browne, Chandraratna & Angood, 2014).

Na Europa estima-se que por cada 100.000, 80 sofrem de E.M. (OMS, 2008). Em Portugal, por cada 100.000, existem 20.01 – 60.00 pessoas com E.M., contudo deve-se ter em conta os resultados de acordo com os países permitidos (Browne, Chandraratna & Angood, 2014).

1.3 Impacto da E.M. na cognição

No passado, o foco dos clínicos estava direcionado para os aspetos físicos da E.M., contudo com os crescentes estudos na área (Achiron, Barak, 2003; Feuillet, Reuter, Audoin, 2007; Zipoli, Goretti, Hakiki, 2010), os clínicos reconheceram a pertinência da intervenção nas alterações cognitivas associadas à doença que também influenciavam a qualidade de vida. Desde os anos 80, a utilização de instrumentos neuropsicológicos formais e o aparecimento da ressonância magnética (R.M.), contribuíram para compreender melhor as relações clínicas e os défices cognitivos na E.M. (Amato, Portaccio & Goretti, 2010). As pessoas com E.M. têm dificuldade em aceitar e/ou lidar com a doença até na gestão do próprio emprego, muitas vezes acabando por o perder devido à falta de conhecimento e apoio adequados (OMS, 2008).

Para Charcot (1877), a E.M. tinha efeitos negativos sob a memória e na formação de conceitos, logo estas foram desvalorizadas ao longo de muitos anos na literatura da área da neurologia. A coletividade médica teve dificuldade em aceitar o compromisso cognitivo como consequência e sintoma clínico basilar da doença. Pelo facto de, acreditarem que o comprometimento cognitivo era uma entidade rara na E.M. e que surgia somente nos casos mais avançados com elevada incapacidade física associada à demência subcortical (Messinis, Papathanasopoulos & Kosmidis, 2018).

Graças ao aumento dos estudos na área, a doença obteve uma visão diferente, em que a neuropsicologia desenvolveu medidas standardizadas e baterias de instrumentos para o comprovar entre 1985 e 1995 (Messinis, Papathanasopoulos & Kosmidis, 2018).

Dentro da disfunção cognitiva (D.C.) nomeadamente no caso da E.M., as dimensões mais afetadas são a memória a longo prazo (explícita, episódica, semântica, implícita) (Amato, Portaccio & Goretti, 2010) e a memória a curto prazo (memória de trabalho); a atenção (seletiva, dividida e alternada); a velocidade de processamento de informações; as funções executivas (F.E.) (Leavitt, Tosto & Riley, 2018), também abarcando o - raciocínio abstrato, resolução de problemas, planeamento, fluência verbal tanto a componente semântica como a componente fonémica; a capacidade visuoespacial e a respetiva perceção (Amato, Portaccio & Goretti, 2010).

Por norma, o Declínio Cognitivo (D.C.) pode prejudicar os diversos aspetos da vida quotidiana e social da pessoa com E.M. além da incapacidade física (Chiaravalloti, Genova & DeLuca, 2015). No entanto, a capacidade de linguagem, a atenção básica e o Q.I. são usualmente mantidos (Chiaravalloti, Genova & DeLuca, 2015). As funções de linguagem poderão ser mais afetadas posteriormente, apesar de ocorrer com menor prevalência (Leavitt, Tosto & Riley, 2018) e a reserva cognitiva pode manter-se estável (Amato, Portaccio & Goretti, 2010).

A elevada taxa de desemprego nesta população pode ser considerada como uma das possíveis consequências na funcionalidade devido aos défices cognitivos patentes. Para além do desemprego, estas pessoas têm dificuldades com as atividades domésticas, compras, reparações, conduzir e andar de transporte público (Chiaravalloti, Genova & DeLuca, 2015). Estados emocionais também afetam negativamente o desempenho da pessoa nomeadamente nas atividades de vida diária (A.V.D.S) (Chiaravalloti & DeLuca, 2008). Como a interação social decaí, é fulcral que as pessoas, a partir das suas vivências anteriores, possam organizar os seus comportamentos e estratégias adaptativas, de forma a se ajustarem à própria doença (Messinis, Papathanasopoulos & Kosmidis, 2018).

2. Avaliação Neuropsicológica

Até à década de 50, a Avaliação Neuropsicológica (ANP) tinha como principal objetivo compreender o diagnóstico diferencial de um sujeito, ou seja, se os défices presentes eram de génese orgânica ou funcional. Mais tarde, a Avaliação Neuropsicológica alterou o seu foco, precisamente para a área da lesão cerebral, de modo a identificar um perfil e os

respetivos domínios cognitivos afetados e preservados envolvidos nos efeitos diretos da lesão (Vakil, 2012).

Ao longo dos anos, a necessidade e os motivos para Avaliação Neuropsicológica têm acrescido e abrangido várias populações (perturbações neurológicas desenvolvidas e adquiridas, tal como perturbações psiquiátricas) com diversos fins, tais como: determinar um diagnóstico, estabelecer um tratamento farmacológico, reabilitar e decisão forense devido à evolução neste campo (Vakil, 2012).

O papel da Avaliação Neuropsicológica também passa por dar feedback aos próprios doentes e aos seus familiares, para que estejam a par da funcionalidade do doente e das recomendações para o seu regresso ao meio laboral, familiar e social. Infelizmente, os défices cognitivos auto-relatados na E.M revelam fraca correlação com os testes neuropsicológicos (Benedict, DeLuca, Enzinger, Geurts, Krupp & Rao, 2017).

A exploração da função pré-mórbida é crucial para entender quais as perdas acarretadas pela lesão, possibilitando-nos de perceber os objetivos e as aspirações do paciente para avaliar se ainda são adequadas, devido à adaptação à nova realidade. Não são raras as vezes, a frustração para o paciente que se depara com as suas dificuldades e uma atitude de não-aceitação do problema, desenvolvendo, por consequência, sintomas de ansiedade e/ou depressão (Vakil, 2012).

Segundo Stuss e Levine (2002), existem duas principais abordagens para a ANP: a abordagem "psicométrica" ou "quantitativa" e a abordagem "clínica" ou "qualitativa". Na primeira, a avaliação é realizada através de uma bateria de instrumentos padronizados devidamente validados e normalizados para a população em questão, em que os dados obtidos dos pacientes serão comparados face à sua idade e escolaridade (Vakil, 2012). Na segunda, existe um foco mais direcionado para as idiossincrasias do paciente. Assim, conclui-se que não se pode cingir somente aos aspetos qualitativos nem apenas aos aspetos quantitativos visíveis no seu desempenho – devendo existir um equilíbrio metodológico na avaliação (Vakil, 2012).

Atualmente, grande parte dos neuropsicólogos utilizam uma bateria de instrumentos flexível (Rabin et al., 2005), possibilitando a retirada ou acrescento de testes que sejam mais apropriados para a pessoa e que avaliem vários domínios cognitivos (Vakil, 2012).

Dada a natureza heterogénea das lesões do S.N.C, cada pessoa com E.M. apresenta um padrão singular de dificuldades cognitivas que requerem uma avaliação neuropsicológica completa (Goverover, Chiaravalloti & DeLuca, 2016).

A fiabilidade desta avaliação e, posteriormente, de uma eventual reabilitação, facilita a previsão da potencialidade e da funcionalidade da pessoa face aos desafios da vida diária. Daí, a reabilitação não dotar apenas o paciente de ferramentas para lidar com os seus défices, mas também reforçar junto deste a necessidade de aperfeiçoar as competências salvaguardadas após a lesão, através de mecanismos compensatórios (Vakil, 2012).

3. Reabilitação Cognitiva

Segundo a OMS, a reabilitação define-se como “o uso de todos os meios para reduzir o impacto das condições incapacitantes para permitir que pessoas com deficiência obtenham uma integração social ideal” (Momsen, Rasmussen & Lund, 2012). Mais propriamente a reabilitação cognitiva (R.C.) para Barbara Wilson (1989) esclarece ser um processo em que as pessoas com lesão cerebral trabalhem em conjunto com profissionais de saúde de maneira a aperfeiçoar ou atenuar os défices cognitivos presentes que emergem de uma doença neurológica. Os principais objetivos estabelecidos para um programa de reabilitação cognitiva permitem: aperfeiçoar os défices ou instruir o paciente em como lidar com eles, desenvolver e melhorar as capacidades preservadas para aplicar estratégias que possibilitem um funcionamento mais adequado, apesar das dificuldades presentes. Por norma, as recomendações deste programa subdividem-se como: terapêuticas e foco na vertente cognitiva (Vakil, 2012).

A nível terapêutico é direcionada para a gestão de expectativas (da pessoa e de familiares), numa possível reinserção da pessoa no contexto laboral, contudo o processo de sucesso de recuperação depende de múltiplos fatores, como: a idade, localização e severidade da lesão (Vakil, 2012).

A vertente cognitiva para Fernández – Guinea (2001) consiste em planear e realizar sessões individuais para trabalhar a componente cognitiva (e.g. Treino da atenção) e comportamentais (e.g. agressividade).

Normalmente, as fontes de informação do neuropsicólogo podem ser relatos do próprio e seus familiares referentes ao momento anterior e posterior à lesão, incluindo tópicos como a história clínica e pessoal, o estilo de vida e as capacidades funcionais (prévias e atuais) do paciente. Toda a informação recolhida junto destas são consideradas de enorme importância para auxiliar o diagnóstico e nas recomendações futuras (Jagaroo, 2009).

Graças à plasticidade neuronal, uma área confinante a uma determinada função se encontrar lesionada, as outras áreas progressivamente adaptam-se as funções dessas áreas afetadas (Rossini & Pauri, 2000).

O objetivo principal da reabilitação cognitiva consiste em aperfeiçoar a funcionalidade diária da pessoa, porém não é expectável que transfiram e integrem na totalidade as estratégias no processo sem o apoio e guia de um profissional (Cela & Herreras, 2005).

As técnicas e as estratégias organizam-se em três parâmetros (Anderson, 1994; Benedicy, 1989): restauração: estimular e melhorar as funções cognitivas alteradas intervindo diretamente nelas; compensação: aceitar que a função alterada não pode ser restaurada e tenta-se fomentar outros mecanismos opcionais e/ ou as capacidades mantidas e, por fim, a substituição: ensinar a empregar estratégias de auxílio para atenuar as dificuldades que advêm do D.C. (e.g. recorrer a apoios externos) (Cela & Herreras, 2005). As estratégias permitem empregar de forma eficaz uma tarefa (Nickerson, Perkins & Smith, 1985).

Ao longo do processo existem três tópicos decisivos a ter em consideração: aspetos da vida da pessoa, aceitá-la como foco do processo e garantir a sua continuidade com as intervenções e os respetivos domínios cognitivos estabelecidos (Momsen, Rasmussen & Lund, 2012). Daí que, reabilitação cognitiva (R.C.) deverá ser um apoio e uma opção terapêutica crucial (Amato, Portaccio & Goretti, 2010).

Como podemos verificar, a emergência dos fenótipos cognitivos na E.M. demonstra ser necessária para promover a compreensão do compromisso cognitivo e o desenvolvimento de intervenções cognitivas efetivas direcionadas para estas pessoas (Leavitt, Tosto & Riley, 2018).

Embora, alguns estudos tenham realizado reabilitação cognitiva na E.M., estes apresentam obstáculos metodológicos significativos (Mousavi, Zare & Etemadifar, 2018). Um dos obstáculos refere-se pela não significância estatística, pois temos que ter em conta que a E.M. é uma doença degenerativa em que é expectável um agravamento funcional, em vez da melhoria (Birnboim & Miller, 2004). Este agravamento advém do percurso típico desta doença, ou seja, quanto maior for a duração da doença do doente, menor será o seu desempenho nas A.V.D.S (Birnboim & Miller, 2004).

Daí a pertinência em criar centros de reabilitação cognitiva acessíveis e disponíveis a todos que sofram de E.M. (OMS, 2008). Sendo também aconselhável, fornecer estas oportunidades terapêuticas e cognitivas nos estágios iniciais da doença (Amato, Portaccio &

Goretti, 2010), de modo a melhorar o humor e a Q.V. da pessoa (Hanssen, Beiske & Landrø, 2016).

Geralmente, a utilização de auxiliares de memória, o treino da atenção por via de exercícios progressivos, geram melhorias no sistema e funcionamento neurocognitivos. Sendo o bloco de anotações a forma mais comum em melhorar as A.V.D.S dessas pessoas, especificamente quando exibem dificuldade na resolução de problemas, planeamento e organização. Quando existem melhorias nas F.E., na atenção, na memória e respetivamente nas atividades funcionais diárias (Cicerone, Langenbahn & Braden, 2011), mas também na memória operativa (Mousavi, Zare & Etemadifar, 2018).

A reabilitação de funções cognitivas em pessoas com E.M. provavelmente será uma combinação de abordagens comportamentais (cognitivas e de exercícios) juntamente com terapias farmacológicas. Porém, devido à esta escassez de evidências relativamente a abordagem comportamental, a reabilitação cognitiva, nos dias de hoje, é a intervenção predileta (Benedict, DeLuca,ENZINGER, Geurts, Krupp & Rao, 2017).

4. Depressão e Ansiedade na E.M.

A depressão influencia muito os aspetos do funcionamento cognitivo na E.M., daí ao se melhorar a depressão poderá acompanhar as melhorias neuropsicológicas em pessoas com E.M. (Chiaravalloti & DeLuca, 2008). Sendo esta a condição psiquiátrica mais comum e coopera ativamente nas dificuldades executivas e cognitivas (Hanssen, Beiske & Landrø, 2016). A fadiga subdivide-se em física e cognitiva e é considerada um dos sintomas mais comuns na E.M. e foi mencionada em mais de 90% dos pacientes, podendo afetar o respetivo desempenho (Kinsinger, Lattie & Mohr, 2010).

Capítulo II – Método

Estudo de caso

O estudo de caso (N-de-1 ou estudo de sujeito único) consiste numa análise intensiva das diversas fontes de evidências e interações de um sujeito que decorre pela observação e estudo de determinado fenómeno no contexto real tendo em conta as variáveis de interesse (Nock, Michel & Photos, 2007).

Considera-se uma ferramenta útil para a prática clínica devido à necessidade de compreensão dos fenómenos e no desenvolver de novas técnicas de avaliação e intervenção, sendo estes os focos de interesse (Nock, Michel & Photos, 2007).

Segundo Caramazza & Badecker (1989), “não há maneira certa ou errada de fazer pesquisa neuropsicológica”. O próprio investigador deve decidir o seu método de pesquisa, justificando a sua opção, tendo em conta todas as suas vantagens e desvantagens. É responsabilidade do próprio investigador a metodologia mais adequada face as naturezas das respetivas questões e teorias cognitivas (Margevičiūtė, 2012). Embora os estudos de caso único sejam atualmente subutilizados por profissionais da área da saúde, é importante lembrar que permitiram avanços históricos significativos na ciência psicológica graças à sua flexibilidade e eficiência (Nock, Michel & Photos, 2007).

Este método apresenta diversas características importantes (Kazdin, 2003): envolvem o estudo de um único sujeito; os dados recolhidos são pormenorizados e qualitativos, apesar de, raras as vezes, mensurados quantitativamente; abordagem da história e influências particulares do sujeito em estudo e, por fim, os dados geralmente são usados retrospectivamente sem qualquer controlo experimental (Nock, Michel & Photos, 2007).

Apesar da sua escassa aplicabilidade nas últimas décadas, apresenta vantagens metodológicas significativas, como: verificar as relações causais entre a intervenção e a mudança de comportamento; maior flexibilidade na incrementação e na sua apreciação, isto é, possibilitam maior adaptação na sua manipulação ou na intervenção com o sujeito. Esta possibilidade de adaptação abre alternativas à investigação e à vertente clínica para se desenvolver intervenções mais inovadoras e com maior grau de eficácia (Nock, Michel & Photos, 2007). Por fim, uma das principais vantagens cinge-se em não necessitar de uma amostra alargada ou grupos de controlo (Katz, Campagnolo & Goldberg, 1995).

Os estudos de caso são um método importante e valorizados na vertente da investigação, nomeadamente na reabilitação (Katz, Campagnolo & Goldberg, 1995) e na neuropsicologia (Margevičiūtė, 2012).

Ainda que as informações obtidas permitam apurar o desempenho do indivíduo num determinado domínio, neste caso cognitivo (Margevičiūtė, 2012), este método não usufrui de condições metodológicas para inferir relações e manipulações entre variáveis (Kazdin, 1981). Conquanto, pode-se repetir a avaliação da variável dependente em qualquer uma das fases do estudo e compreender também quais as mudanças ocorridas no próprio sujeito. Para medir a variável dependente é necessário utilizar medidas fiáveis e robustas, de modo a que avaliação e a futura reavaliação sejam consistentes (Nock, Michel & Photos, 2007).

Os desenhos ABA referem-se quando o sujeito é avaliado num primeiro tempo (*baseline* - A1), seguida por um período experimental (intervenção) e, seguida por uma

reavaliação (A2), de modo a compreender se a intervenção teve algum efeito, isto é, se o comportamento inverte comparativamente ao período inicial e averigua-se a eficácia das intervenções. Contudo, não devemos esquecer que outros fatores podem também ser responsáveis por essa mudança, como história, maturação, entre outros. Normalmente, retoma-se a intervenção e ocorre (ABAB) com a finalidade de perceber o efeito da intervenção, por motivos clínicos e éticos (Nock, Michel & Photos, 2007).

Relativamente às desvantagens, as intervenções consideradas eficazes num único sujeito, podem não ser noutros e, por vezes, no próprio sujeito quando reaplicado um determinado instrumento num outro momento; validar se um sujeito é um *outlier* ou uma amostra representativa de um grupo; pode não fornecer informações sobre as capacidades cognitivas de um paciente comparando com sujeitos com a mesma lesão cerebral, logo os resultados não podem ser inferidos; não exibem critérios objetivos na seleção de sujeito referente a origem e etiologia dos sintomas, apenas ao fenómeno em si dificultando a sua deteção (Margevičiūtė, 2012).

A limitação mais referida na literatura alude à ausência de generalidade dos resultados alcançados. Apesar de ser uma evidente limitação na investigação em estudos de caso único, deve-se ter em conta que a utilização de amostras grandes não impossibilita a ocorrência destes problemas e para se efetuar a inferência carece de uma avaliação aos resultados obtidos em populações ou condições distintas. Por último, os efeitos verificados ao utilizar uma amostra homogénea pode também experimentar falta de generalidade (Nock, Michel & Photos, 2007).

Normalmente, os métodos desenvolvidos servem para avaliar o efeito de uma intervenção a partir de gráficos e a observação da relação entre ABA (Nock, Michel & Photos, 2007). As informações obtidas referem-se apenas a um sujeito em que existem diversas observações por situação (anexo 4). As intervenções apresentam efeitos que possivelmente são clinicamente significativos (por exemplo, Jacobson & Truax, 1991; ver também o Capítulo 21) e podem ser considerados eficazes, visto que pequenos efeitos podem ser importantes (Nock, Michel & Photos, 2007).

1. Objetivos do estudo

O principal objetivo deste estudo é compreender os benefícios do programa de Reabilitação Cognitiva, ou seja, avaliar os benefícios deste programa, nomeadamente na atenção, funções executivas, memória e no restante funcionamento cognitivo de uma doente

com E.M. Perante esta questão, foi feita uma revisão de literatura, de modo a recolher toda informação possível para se criar de base, com inspiração em algumas referências bibliográficas, exercícios nos vários domínios cognitivos.

Sendo assim, este estudo pretende responder às seguintes questões de investigação:

- ✓ O programa de Reabilitação Cognitiva tem impacto numa doente com E.M. face os momentos de avaliação efetuados?

2. Procedimento de recolha de dados

No início do processo de recolha, foi explicado à doente a finalidade da pesquisa e o respetivo procedimento, solicitando-lhe, de seguida o preenchimento do consentimento informado. A doente foi avaliada em dois momentos distintos: primeiro momento ocorreu no início do estudo e o outro, no final, numa delineação considerada pré e pós-teste em que se aplicaram os mesmos instrumentos, descritos posteriormente.

Depois da primeira avaliação, como sugerido no próprio relatório, a doente iniciou o programa de Reabilitação Cognitiva, enfatizando os vários domínios cognitivos afetados. Esta decorreu com recurso a papel e lápis. A doente tinha o direito de desistir do programa em qualquer momento sem prejuízos acrescidos. Perante os objetivos, informações e procedimentos analisados foram garantidos que todos os seus dados pessoais e todo o processo envolvente estariam sob sigilo profissional, destinando-se apenas à vertente da investigação. A exceção da própria doente e os seus familiares caso solicitem pelos resultados.

Este programa centraliza-se num conjunto de tarefas (motivadoras, exigentes e adequadas). As funções cognitivas mais exercitadas: memória de trabalho, memória imediata, atenção sustentada, funções executivas, entre outras (Mitolo, Venneri, Wilkinson, & Sharrack, 2015). A cada sessão realizada era explicada à doente a sua respetiva importância e a repercussão no seu quotidiano em que estas podem facilitar e reforçar a forma da doente visualizar o programa, de modo a igualmente a motivar (Mitolo, Venneri, Wilkinson & Sharrack, 2015).

Embora ser um processo moroso, a participante ao verificar esta importância e o respetivo impacto obtém melhorias graduais.

O programa de treino dividiu-se em 19 sessões - 60 minutos. Inicialmente, uma vez por semana, passando para duas. Cada sessão, 10 minutos iniciais destinavam-se para referir

as atividades com as funções cognitivas previstas, os 40 minutos para as tarefas e o restante tempo para discutir com a participante relativo seu desempenho (Mitolo, Venneri, Wilkinson, & Sharrack, 2015). No final de cada sessão, recebia um trabalho de casa (Mousavi, Zare, Etemadifar & Taher Neshatdoost, 2018).

Todo este processo tinha como objetivo compreender a sua percepção face ao seu desempenho, a sua gestão e, consciencializar sobre as funções cognitivas com mais dificuldade, de maneira a potenciar a motivação e aderência da doente perante a intervenção. Todo este decurso ajuda na percepção do seu progresso (Mitolo, Venneri, Wilkinson, & Sharrack, 2015).

3. Informação Clínica

N. com 46 anos, 12º ano de escolaridade, destra, casada e com 1 filha. Encontra-se, de momento, inativa laboralmente por baixa médica devido a surto de EM, tendo trabalhado como escriturária. Residente no distrito do Porto.

Recorreu ao Serviço de Urgência (S.U) no dia 18 Maio de 2011 devido a quadro de tonturas, agravadas pelas mudanças posturais, desequilíbrio e episódio de vômito, associado a temperatura subfebril. Dirigiu-se ao médico de família que receitou antiemético e interpretou com possível gastroenterite. Observada posteriormente no internamento do Serviço de Neurologia a Maio de 2011 por síndrome vertiginoso e respetivo surto no mês anterior manifestado por desequilíbrio e alterações sensitivas.

A doente não refere TCE, hábitos tabágicos ou qualquer consumo de substâncias. Ao recorrer ao S.U, onde foi internada e avaliada pela Neurologia, ao longo do exame apresentou-se consciente, colaborante e orientada, sem alterações da linguagem. Verificou-se apenas uma ligeira disartria, dismetria na prova calcanhar - joelho à esquerda, queda para a direita e marcha atáxica com desvio para a direita.

Medicada com Metilprednisolona 1g; Ranitidina 150 mg; Paracetamol e Metoclopramida 10mg em SOS e Copaxone 1 amp/d. Contudo, efetuou uma R.M. cerebral e medular e um RX tórax, sem dados disponíveis.

Diagnóstico na data de alta: surto de E.M. e E.M. forma Surto-Remissão.

Sendo assim, a doente mantém seguimento clínico na Consulta de Doenças Desmielinizantes.

4. Relatórios de Avaliação Neuropsicológicos (ANP)

4.1. Primeira Avaliação Neuropsicológica 2018 (05 de Abril de 2018) – (anexo 3)

Conforme pedido, a doente diagnosticada com a doença desmielinizante – E.M surto remissão, foi avaliada e observada com o objetivo de caraterizar o seu estado cognitivo e funcional atual. Perante esta Avaliação Neuropsicológica, a doente encontrava-se consciente, colaborante e orientada. O seu discurso era fluente e coerente, não apresentando qualquer tipo de afasia que dificultasse a realização do exame. Comportamento social adequado juntamente com uma aparência física e crítica perante as suas dificuldades.

Numa análise dos resultados obtidos, verifica-se que a doente apresentou valores abaixo para o desempenho cognitivo global para o grupo padrão (MoCA 18/30) sobretudo devido à baixa pontuação na capacidade visuoespacial/executiva, no cálculo, na linguagem, na fluência verbal e na evocação diferida que recupera com ajuda semântica e de múltipla escolha. Na prova do relógio, verifica-se alterações ao nível do planeamento e organização visuoespacial, mantendo intacta a abstração.

Realizando uma análise dos resultados obtidos, verifica-se que a doente apresenta moderadas alterações na capacidade de aprendizagem e consolidação da informação a curto e a longo prazo (memória seletiva). Após tempo de latência, o desempenho perde-se quase a totalidade da informação adquirida inicialmente (1/12).

Relativamente às provas de memória verbal, verifica-se um desempenho significativamente deficitário, revelando alterações na capacidade de codificação, retenção ou recuperação de informação visual. Na evocação diferida, a doente perde na totalidade a informação adquirida.

Nas provas de memória visual, verifica-se um desempenho pobre face à retenção e reprodução das figuras. Em provas de velocidade de processamento, a doente apresenta resultados indicadores de alterações neste domínio cognitivo.

No domínio de fluência verbal, verifica-se uma significativa dificuldade na recuperação semântica e iniciativa verbal. Apresenta uma melhor prestação na flexibilidade mental, mas ainda assim moderadamente abaixo para o seu grupo padrão.

Uma análise mais detalhada indica um desempenho muito inferior ao expectável ao seu grupo padrão ao nível da memória seletiva (verbal), memória visuoespacial, atenção e concentração e fluência verbal. Segundo a doente, estes défices interferem nas AVDS “*se não escrever as coisas, esqueço-me delas*”. Tendo em conta os resultados obtidos,

concluímos que, a doente segundo os padrões da bateria neuropsicológica para a E.M. de RAO apresenta um perfil neuropsicológico de disfunção cognitiva (executiva). Sugiro Reabilitação Cognitiva.

4.2. Segunda Avaliação Neuropsicológica 2018 (10 de Setembro de 2018) – (anexo 3)

Perante a Reavaliação Neuropsicológica, a doente apresentava-se consciente, colaborante e orientada. Estado de humor deprimido. Comportamento social e aparência física apropriada, contudo, mantém a crítica face às dificuldades.

Analisando os resultados na prova de rastreio, verifica-se que não apresenta agravamento no MoCA (21/30) quando comparada com a avaliação anterior. Embora, se verificar igualmente inferior comparativamente ao desempenho cognitivo global expectável para a sua faixa etária e escolaridade (MoCA 21/30): no domínio visuoespacial/executivo, na nomeação, na atenção, na linguagem e na evocação diferida.

Relativamente, à prova do relógio, apresenta ligeiro desvio na organização visuoespacial, mantendo intacta a abstração. Efetuando uma análise dos resultados da avaliação compreensiva, as tarefas referentes à memória episódica, exhibe um desempenho médio na aquisição, retenção, contudo perde na recuperação (espontânea e assistida) de informação verbal globalmente sobreponível em relação à avaliação anterior.

Verifica-se que mantém pontuais alterações na capacidade de aprendizagem quer na consolidação da informação a curto e a longo prazo (memória seletiva). Após um período de latência, o desempenho perde-se quase na totalidade da informação adquirida inicialmente.

Relativamente às provas de memória verbal, verifica-se um desempenho significativamente deficitário, revelando alterações na capacidade de codificação, retenção ou recuperação de informação verbal. Na evocação diferida, a doente perde parte da informação adquirida.

Nas provas de memória visual, verifica-se um desempenho pobre face à retenção e reprodução das figuras. Em provas de velocidade de processamento, a doente apresenta resultados indicadores de alterações neste domínio cognitivo. Nas provas de memória operativa verificou-se um desempenho deficitário de acordo com o respetivo índice da WMS-III. Na memória semântica verificou-se resultados dentro do expectável para factos remotos, conforme observado pelo fundo da WAIS-III. Na reprodução imediata de figuras geométricas bidimensionais observou-se um desempenho inferior justificado, em parte, por desatenção a detalhes. A flexibilidade mental foi avaliada pelas fluências verbais apesar de

exibir pontual melhoria, apresenta-se abaixo da média expectável para a sua faixa etária e escolaridade.

Em entrevista clínica, refere sintomatologia depressiva de novo desde a última avaliação e reporta alegada melhoria cognitiva nomeadamente em algumas atividades de vida diária. Do ponto de vista comportamental, mantém perfil colaborativo com positiva adesão às tarefas propostas, com ocasional interrupção, pelo seu agravado estado de humor.

5. Instrumentos

5.1 Protocolo de Avaliação Neuropsicológica

As provas de avaliação compreensiva tem como objetivo descrever detalhadamente o estado clínico do doente. No caso da E.M., existe um protocolo previamente definido e pode ser modificado conforme as dificuldades do doente presente ou por decisão do próprio psicólogo. Para além dos testes, no início de todo o processo, é pertinente realizar uma entrevista com o próprio ou com um informante, de modo a compreender as dificuldades patentes e como deveremos proceder perante estas. As entrevistas consideram-se também instrumentos, embora não formais, pois ao recolher a informação necessária, ajudam no processo de diagnóstico diferencial (Caldeira, 2014).

5.2 Provas de Rastreio

Inicialmente, recorrem-se a testes de rastreio. Estas devem ser simples e rápidos na sua aplicação, sem influências culturais ou linguísticos (Shulman, 2000).

Neste caso, a provas de *screening* utilizada foi o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Freitas, 2013).

- ✓ O MoCA revela vantagens, como ser mais sensível na deteção de fases mais leves de declínio cognitivo, fazendo a diferenciação entre o envelhecimento cognitivo normativo e o de défice cognitivo. Avalia oito domínios cognitivos: a orientação espaço-temporal, a capacidade visuoespacial, a atenção, a concentração, a função executiva, a memória, a memória de trabalho e a linguagem. Aplica-se normalmente em 10 minutos e com uma pontuação máxima de 30 pontos (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010).

5.3 Avaliação Compreensiva

Os testes de Avaliação Compreensiva utilizados neste Caso foram os seguintes: Escala de Memória de *Wechsler* (3ª edição) (WMS III); Escala de Inteligência de *Wechsler* (WAIS-III); Teste das Fluências Verbais (semânticas e fonémicas);

- ✓ A *WMS-III* consiste numa bateria de provas administrada individualmente em que a população principal são jovens e adultos. Avalia a aprendizagem, memória auditiva e visual imediatas como os atrasos destas e o reconhecimento auditivo e verbal; a memória geral e memória de trabalho, com fim a detetar e localizar as disfunções cerebrais. Esta bateria subdivide-se em subtestes: Histórias I e II; Pares de Palavras; Cenas de Família; Lista de Palavras; Reprodução Visual I e II; Sequência de letras e números; Localização Espacial; Controlo de Dígitos (*Wechsler*, 2008). Porém, apenas utilizei as subtestes: a Histórias I e II e a Reprodução Visual I e II. A Reprodução Visual I consiste em mostrar à doente um grupo de 5 desenhos, um de cada vez durante 10 segundos, após esse tempo, desenha cada um deles de memória. Referente às Histórias I, conta-se duas histórias em espécie de notícia: a história A - pedimos que a pessoa nos recontre o que se recorda com o maior número de pormenores possível por qualquer ordem, contudo só é contada uma vez ao contrário da história B, o resto do mesmo procedimento igual. A Histórias II solicita-se após 30 minutos que a pessoa relembre as duas histórias e as conte novamente.
- ✓ A *WAIS-III* medida de avaliação da capacidade cognitiva dos adultos. Avalia a relação entre o funcionamento intelectual e a memória (*Wechsler*, 2014) e utiliza apenas a componente da informação que revela a informação pré-mórbida da pessoa e Memória de Dígitos que consiste na evocação de um conjunto de números pela ordem direta e a doente tem de repetir exatamente pela mesma ordem. Caso, o doente se equivoque e repita erroneamente dois ensaios seguidos, deve-se mudar para a tarefa seguinte. A tarefa seguinte consiste no mesmo procedimento em que o avaliador tem evocar um conjunto de números, contudo pela ordem inversa e se errar dois ensaios consecutivos, deve-se concluir a tarefa.
- ✓ O Teste das fluências verbais (semântica e fonémica) – é vantajoso em perceber o funcionamento cognitivo, se existe ou não défice cognitivo (*Pereira Braz & Espirito-*

Santo, 2017). As letras usadas: M, R e P. A nível fonémico é solicitado a doente durante um minuto que nomeie o maior número de palavras que se lembre iniciada com a mesma letra, exceto nomes próprios (pessoas ou localidades). Ao nível semântico, é pedido que durante o mesmo tempo, nomeie todos os animais de que se recorde exceto o macho e a fêmea do mesmo.

O padrão do declínio cognitivo não é uniforme, uma vez que os doentes com E.M. frequentemente sofrem maior impacto nos domínios cognitivos. Considera-se a RAO uma bateria útil na pesquisa clínica para compreender a necessidade da avaliação das funções cognitivas para além dos exames de neuroimagem e o respetivo percurso e epidemiologia da doença (Rao, Leo & Bernardin, 1991).

Este conjunto de testes avaliam os domínios usualmente mais prejudicados nesta patologia, sendo bastante utilizada em contextos clínicos e de investigação (Amato, Langdon, Montalban, Benedict, DeLuca, Krupp & Comi, 2013).

✓ CLTR – *Consistent Long-Term Retrieval* - Teste Verbal Seletivo

O Teste Memória Verbal Seletivo (CLTR) (Buschke, 1973) define-se por ser uma medida bastante utilizada para avaliar a aprendizagem verbal e a memória articulada a diversas condições neurológicas. Este instrumento foi empregue para averiguar os défices memória articulados com diversas patologias do foro neurológico, como o caso da E.M. (Boringa et al., 2001; Hansen et al., 2015; Pan, Krupp, Elkins e Coyle, 2001; Rao, Leo, Bernardin, & Unverzagt, 1991). Utiliza-se este teste como um sistema de múltipla tentativa numa aprendizagem de uma lista de palavras (Campo, Morales, & JuanMalpartida, 2000; Drane, Loring, Lee, e Meador, 1998; Larrabee, Trahan, & Levin, 2000; Morales e outros, 2010; Strauss, Sherman, & Spreen, 2006). O teste engloba a leitura dessa lista por completo pelo avaliador e uma aprendizagem dessa lista pelo paciente, pedindo que evoque o maior número de palavras possível. Seguidamente, relê-se a lista e solicita-se que recorde e, durante as tentativas subsequentes, a doente só é lembrada das palavras que não foram ditas no ensaio imediatamente anterior, em que o avaliador regista mesmo as intrusões, alertando para tal (Coen, Kinsella, Labe, Kenny e Darragh, 1990; Drane et al., 1998). Na versão mais utilizada (Hannay & Levin, 1985), o *Selective Reminding Test* (SRT), possui 12 fases de aprendizagens: o primeiro ensaio a doente escuta uma lista com 12 palavras não interligadas entre si e, de seguida, repete as que se lembrar. A cada ensaio é lembrado só as palavras que não foram memorizadas na anterior. Após essas

tentativas ou caso recorde as 12 palavras nas duas tentativas sucessivas termina – se o teste (Smith, Goode, La Marche e Boll, 1995; Strauss et al., 2006). Algumas pesquisas propõem (Drane et al., 1998; Strauss et al., 2006) reduzir a versão para 6 ensaios, uma vez que também permite extrair informação comportamental relevante, atenuando a frustração e fadiga sentida por vezes pelo paciente. 30 Minutos depois, um único ensaio de memória diferida foi feito sem aviso prévio, tendo este intervalo sido ocupado por outros testes neuropsicológicos que não integravam a memória verbal.

- ✓ *7/24 Spatial Recall Test* - Memória Visuoespacial – *7/24 SRT* – *Buschke Verbal Selective Reminding Test* - Total de evocação de 7/24.

O Teste de Recordação Espacial 7/24 (7/24) foi construído de base por Barbizet e Cany (1968) e alterado seguidamente por Rao, Hammeke, McQuillen, Khatri e Lloyd (1984), como propósito em avaliar a aprendizagem visuoespacial, a capacidade de relembrar dados visuoespaciais depois de um período de tempo (Rao, Leo, Bernardin, & Unverzagt, 1991).

A sua administração permite a exposição pelo examinador de um tabuleiro quadrado de 4×6 polegadas com sete peças pretas. A disposição das peças pelo tabuleiro é aleatória (Conjunto A) sendo este exposto ao paciente por 10 segundos. Depois desse tempo, são retiradas as peças e o tabuleiro da sua vista e concedendo ao paciente outro tabuleiro, mas em branco e também 4×6 polegadas com nove peças pretas, de modo a reproduzir o padrão exposto previamente. Esse exercício repete-se cinco vezes e o examinador anota as respostas corretas e incorretas. Depois de cinco ensaios de aprendizagem ou dois seguidos executados corretamente apresenta-se um padrão distinto de peças (Conjunto B) por um período também de 10 segundos, com as indicações para executar o mesmo de imediato após a retirada do estímulo. Sendo importante observar-se o efeito de interferência, pois a doente deve realizar o padrão sem a presença extra do estímulo inicial. Após um período de 30 minutos, solicita-se novamente a recordação do padrão inicial e que o reproduza. São quatro pontuações dadas na administração: engloba o número integral de respostas certas nas cinco provas de aprendizagem do Conjunto A e do teste de interferência do conjunto B, o número total de respostas certas na evocação livre do A após o teste de interferência do B e o total de respostas corretas para a evocação remota do A (Gontkovsky, Vickery & Beatty, 2004).

✓ PASAT – *Paced Auditory Serial Addition Test*: (Atenção Sustentada)

O PASAT avalia a velocidade e a flexibilidade do processamento de informações auditivas tal como a capacidade de cálculo. Desenvolvido por Gronwell em 1977 e adaptado por Rao e colaboradores em 1989 para a prática na E.M. O PASAT é usado através de um disco com a apresentação do estímulo: um único dígito exibido de três em três segundos e a doente deve acrescentar verbalmente cada novo dígito consecutivamente ao antecedente a este. A pontuação para o PASAT totaliza 60 respostas possíveis (PASAT, 2018)

✓ SDMT – *Teste de Modalidades de Dígitos de Símbolos* (Velocidade de Processamento)

Rao (1980) utilizou o Teste de Modalidades de Dígitos de Símbolos (SDMT) para a velocidade de processamento cognitivo. Graças à sua fácil aplicabilidade e outros fatores: confiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade psicométrica. Daí ter avançado como o principal instrumento na avaliação neuropsicológica na E.M. referente à velocidade de processamento Atualmente, o SDMT é propriedade da *Western Psychological Services* para preservar os direitos autorais (Benedict, DeLuca & Phillips, 2017). O teste concentra-se numa folha com um cabeçalho em que emparelha os dígitos de um a nove acima e com nove símbolos abaixo. A tarefa da doente consiste em escrever ou mencionar oralmente o número certo nas extensões abaixo. Após 10 secções de treino e apoio do avaliador. A tarefa é contabilizada em 90 segundos, de modo a compreender quantas respostas consegue realizar. Grande parte dos estudos em E.M. aplica-se a versão oral pelas diversas dificuldades manifestadas no âmbito escrito. A medida que a doente responde, o avaliador aponta as respostas dadas para posteriormente cotar. Daí, Rao e colegas integrarem este teste e o PASAT na sua Bateria - *Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests*. O SDMT revelou ser muito vantajoso na investigação neuropsicológica da E.M. (Benedict, DeLuca & Phillips, 2017).

A depressão é concetualizada a condição psiquiátrica comórbida mais frequente e contribui significativamente para problemas executivos e cognitivos. Devido à elevada prevalência de perturbações de humor na E.M., considerou-se pertinente em aplicar os seguintes instrumentos (BSI & HADS) (Hanssen, Beiske, Landrø, Hofoss & Hessen, 2016).

✓ BSI - *Brief Symptom Inventory* – Inventário Breve de Sintomas

O BSI consiste numa breve escala de sintomas de autorrelato psicológico, uma vez que se apresenta como forma resumida do SCL-90-R (Derogatis et al. 1976; Derogatis, 1977). O BSI distribui-se por 53 itens, subdividindo-se em nove dimensões de sintomatologia primária e, para além destas, existem três índices globais de desconforto articulados: o Índice Geral de Gravidade (GSI), o Índice de Sintomas Positivos (PSDI) e o Total de Sintomas Positivos (PST). Cada uma dessas medidas têm como função organizar numa única pontuação o grau de sofrimento sintomático que o doente apresenta. Cada item qualifica-se de uma escala de "não-a-todos" a "extremamente". A sua aplicação é rápida e simples, equivale a dez minutos, sendo dois para as instruções.

O BSI tem como principal objetivo avaliar o estado psicológico dos doentes psiquiátricos e médicos (Derogatis, 1975).

As nove dimensões são as seguintes: Somatização (SOM) – representa o sofrimento psicológico proveniente da perceção da disfunção corporal. Nomeadamente as queixas são a nível: cardiovascular, gastrointestinal, respiratório são os mais frequentes; Obsessivo-compulsivo (OC) – direcionado para os pensamentos e ações vivenciados como contínuos e incontrolláveis pela doente, contudo de origem indesejada; Sensibilidade Interpessoal (SI) - foca-se nos sentimentos pessoais de ineficácia e inferioridade. Sentimentos de desconforto nomeadamente em circunstâncias de interações interpessoais; Depressão (DEP) - retrata um conjunto amplo de sinais e sintomas mais da vertente clínica particularmente depressiva. A ausência de interesse pelas AVDS, o humor deprimido e a falta de energia vital são um espelho desta dimensão; Ansiedade (ANX) - abarca um conjunto de sintomas patentes com uma elevada ansiedade: Desassossego, tensão e nervosismo e tensão sinais de ansiedade, como situações que representam pânico e ansiedade; Hostilidade (HOS) - estruturada em três categorias da conduta hostil: pensamentos, sentimentos e ações. Ocorrem normalmente sentimentos de irritação, aborrecimento, discussões constantes e explosões incontrolláveis; Ansiedade fóbica (FOB) – circunstâncias globalmente designadas por estados de ansiedade fóbica ou agorafobia, como: direcionados para locais públicos, viagens, espaços abertos, multidões, meios de transporte; Ideação paranóide (PAR) – fundamenta-se na hipótese que o comportamento observado é de caráter síndrômica ou uma maneira de refletir. Por exemplo, desconfiança, centralidade e medo da perda de autonomia; Psicoticismo (PSY) - reflete-se como um contínuo, uma situação de extremo.

Estas dimensões facultam um perfil do estado psicológico da doente a nível psicopatológico, pois informam sobre a génese, intensidade do sofrimento e padrão da sintomatologia patenteado pela doente (Derogatis & Melisaratos, 1983).

- ✓ HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)

A HADS baseia-se numa escala em que foi desenvolvida com o intuito de detetar estados depressivos e ansiogénicos em pessoas com idades entre os 16 e 65 anos, em contexto hospitalar-ambulatório. Ao introduzir estas escalas na prática hospitalar geral simplifica no detetar e gestão de perturbações emocionais presentes nos doentes sob estudo e intervenção nos serviços médicos. Existe uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas em hospitais-não psiquiátricos. Advém do facto que, a perturbação emocional ser consequência do *stress* desencadeada pela incapacidade física. Porém, os sintomas somáticos conduzem a um reencaminhamento para os serviços médico e cirúrgico pela exteriorização da ansiedade ou estados depressivos que não provém de natureza orgânica. A doente pode-se sentir mais atormentada com os sintomas da doença traduzindo-se numa complicação a nível da sua apresentação clínica conduzindo respetivamente a uma errada ou falta de resposta ao tratamento. Daí a emergência de ter sido desenvolvida uma escala de humor, de autoavaliação, direcionada particularmente para contextos hospitalares não psiquiátricos. Este questionário tem uma administração breve e constitui-se por oito itens da subescala de depressão e oito itens que compõem a subescala de ansiedade portanto, faculta informações bastante vantajosos para o clínico. Esta avaliação da severidade geral destes estados psicopatológicos foram ambos avaliados em cinco pontos (0-4) escalas (Zigmond, 1983).

5.4 Entrevista Clínica

É importante compreender a perceção da doente face o Programa de Reabilitação Cognitiva através de uma breve entrevista. As entrevistas clínicas destacam-se por auxiliarem na recolha de informação clínica pertinente. Estas podem ser estruturadas, desde início existe um guião pré-definido e semi-estruturada, constituída por perguntas abertas ou semi abertas em que o avaliador tem mais flexibilidade para orientar a entrevista (Caldeira, 2014).

6. Procedimentos de análise de dados

O tratamento e a análise dos dados deste estudo foi realizado através do programa *Excel 2013*. Referente à primeira etapa deste processo, recorreu-se à estatística baseada na análise descritiva com o objetivo de resumir os efeitos da intervenção numa doente com E.M avaliadas com a metodologia de sujeito único. Numa segunda etapa, recorreu-se a uma análise não-inferencial, uma vez que se pode repetir a avaliação da variável dependente em qualquer uma das fases do estudo e compreender também quais as mudanças ocorridas no próprio sujeito (Nock, Michel & Photos, 2007) em que o PEM (*Percentage of Data Exceeding the Median*) serviu como indicador da variação do efeito desta intervenção, ou seja, de que forma varia a eficácia dos testes nos dois momentos avaliativos, quer cada um individualmente, quer todos em conjunto (Ma, 2006).

Todo este procedimento foi usado com a finalidade de avaliar se o programa de Reabilitação Cognitiva teve impacto numa doente com E.M. face os momentos de avaliação efetuados. Para responder ao objetivo não foram utilizados testes estatísticos (análise inferencial paramétrica / não-paramétrica), em vez disso são utilizados os efeitos da intervenção em termos de robustez, uma vez que não existe limiar de $<.05$ nem de significância estatística.

As intervenções apresentam efeitos que possivelmente são clinicamente significativos e podem ser considerados eficazes, visto que pequenos efeitos podem ser importantes (Nock, Michel & Photos, 2007) – o que nos permitiu avaliar o efeito de uma intervenção a partir de gráficos e a observação da relação entre ABA (Nock, Michel & Photos, 2007). Devido a esta fácil interpretação qualitativa, PEM de $\geq 90\%$ indica altamente eficaz, $\geq 70\%$ a 90% representa efeito moderado, $\geq 50\%$ - 70% indica efeito leve ou questionável e $\leq 50\%$ é considerado um tratamento ineficaz (Ma, 2006).

Daí a abordagem PEM (não-inferencial) ser uma vantagem e ser considerada uma metodologia estatística aceitável para calcular e avaliar a dimensão do efeito da intervenção e desempenho nos desenhos experimentais de caso único (Ma, 2006).

Posteriormente, essa interpretação realizou-se através de comparações do PEM por análise visual (Ma, 2006). Pode-se calcular um valor de PEM em cada fase de tratamento comparando com a *baseline* e também efeito médio geral de cada teste que reflete a variação do respectivo efeito (Ma, 2006). Para calcular os valores de PEM, basta projectar uma linha horizontal na fase assumida de *baseline* (normalmente fase pré tratamento/intervenção) que nos fornecerá a mediana ao longo da fase de tratamento. Seguidamente a percentagem dos

pontos de dados da fase de tratamento que se encontram acima da linha horizontal (mediana) pode ser calculada, originando a PEM (Ma, 2006).

7. Resultados

7.1. *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*

Pela análise das estatísticas do quadro 1 das sub-escalas do teste MoCA, para uma *baseline* média das 10 sub-escalas de $1,80 \pm 1,68$ pontos; obtivemos uma Mediana (*baseline*) de 1 ponto. Parâmetros estes que se reportam à primeira avaliação (Abril). Já na segunda avaliação (Setembro), obtivemos uma média de $2,10 \pm 1,85$ pontos, o que origina um diferencial de médias positivo, de 0,300 pontos. A partir dos valores supra citados, obtemos um “*Effect Size (d)*” de 0,178. Valor esse que se enquadra num efeito “*Curto – Small*”.

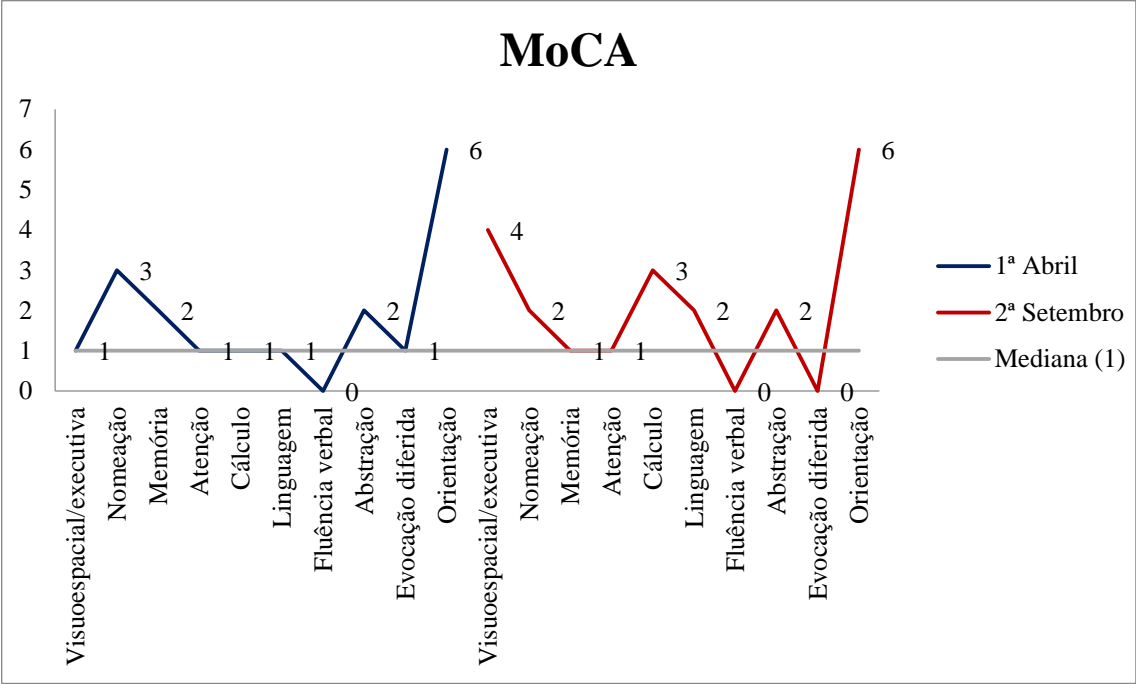
Já para o PEM (*Percentage of Data Exceeding the Median*), constatamos que 6, das 10 sub-escalas se situam superiormente à *baseline* Mediana de 1 ponto, o que se traduz numa PEM de 0,600 (60,0%), enquadrando-se por isso num “*Debatably effective – Efeito questionável ou leve*”.

Quadro 1 – Estatísticas relativas à escala do teste MoCA

Mediana	1
Média BL (1ª)	1,80
Média Pós (2ª)	2,10
Diferença entre médias	0,300
DP BL (1ª)	1,68
DP Pós (2ª)	1,85
Diferença entre DP's	0,166
Effect Size (d)	0,178
PEM	0,600 (60,0%)

Nota: BL - *Baseline*; DP – Desvio Padrão

Gráfico 1 – Curvas dos 2 momentos avaliativos das sub-escalas do teste *MoCA*



7.2. Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)

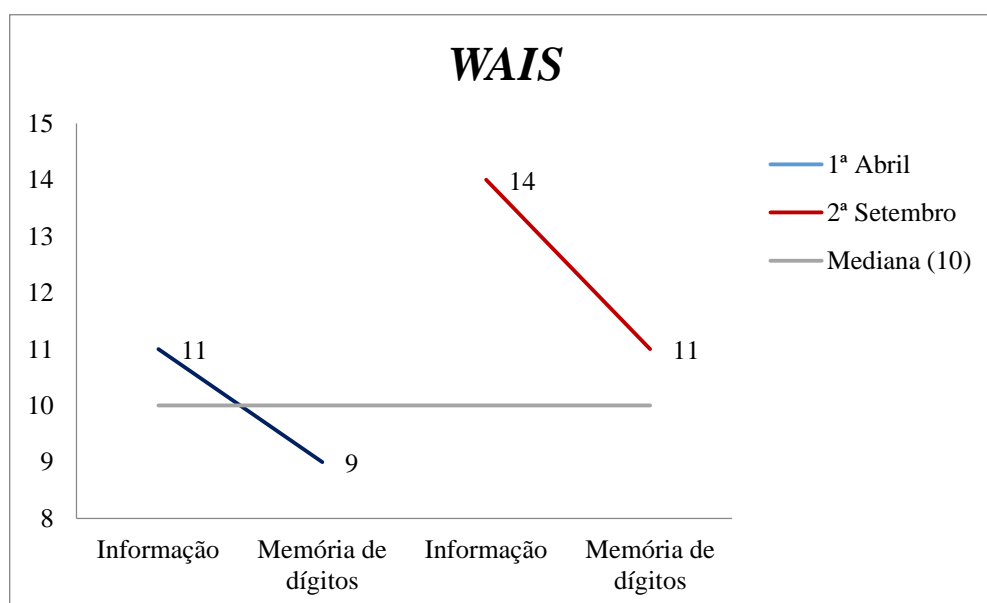
Pela análise das estatísticas do quadro 2 das sub-escalas do teste WAIS, para uma *baseline* média das 2 sub-escalas de $10 \pm 1,41$ pontos; obtivemos uma Mediana (*baseline*) de 10 pontos. Parâmetros estes que se reportam à primeira avaliação (Abril). Já na segunda avaliação (Setembro), obtivemos uma média de $12,5 \pm 2,12$ pontos, o que origina um diferencial de médias positivo, de 2,50 pontos. A partir dos valores supra citados, obtemos um “*Effect Size (d)*” de 1,77. Valor esse que se enquadra num efeito “*Muito Alargado – Very Large*)”.

Já para o PEM (*Percentage of Data Exceeding the Median*), constatamos que ambas as 2 sub-escalas se situam superiormente à *baseline* Mediana de 10 pontos, o que se traduz numa PEM de 1,0 (100%), enquadrando-se por isso num “*Very effective – Efeito muito elevado*”.

Gráfico 2 – Curvas dos 2 momentos avaliativos das sub-escalas do teste WAIS

Quadro 2 – Estatísticas relativas à escala do teste WAIS

Mediana	10
Média BL (1ª)	10
Média Pós (2ª)	12,5
Diferença entre médias	2,50
DP BL (1ª)	1,41
DP Pós (2ª)	2,12
Diferença entre DP's	0,707
Effect Size (d)	1,77
PEM	1,0 (100%)



7.3 Brief Repeatable Neuropsychological Battery for Multiple Sclerosis (RAO)

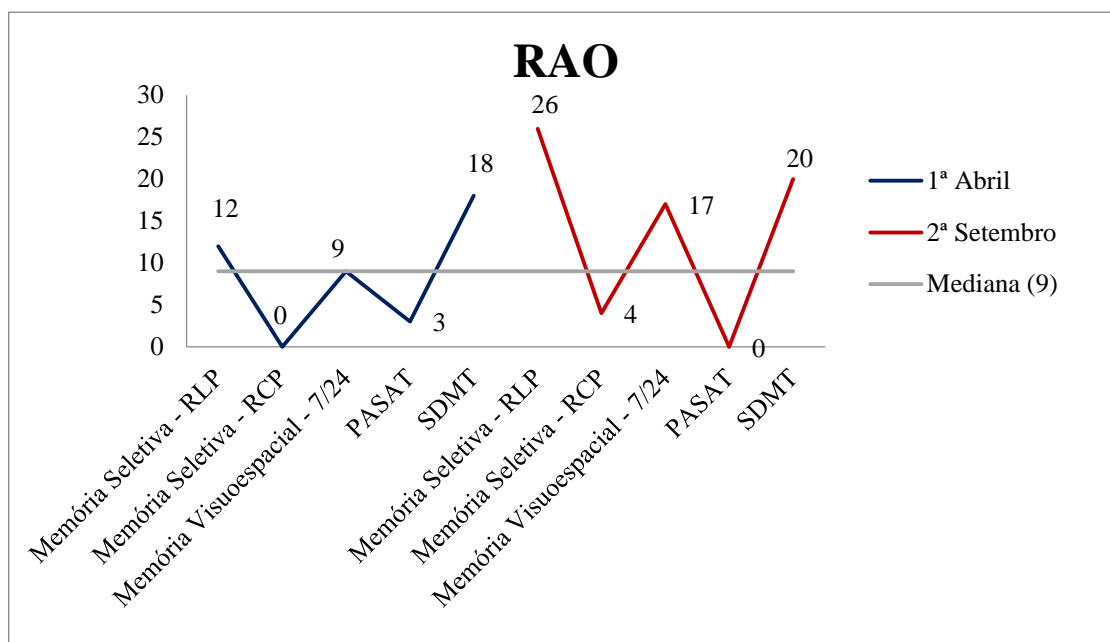
Pela análise das estatísticas do quadro 3 das sub-escalas do teste RAO, para uma *baseline* média das 5 sub-escalas de $8,40 \pm 7,16$ pontos; obtivemos uma Mediana (*baseline*) de 9 pontos. Parâmetros estes que se reportam à primeira avaliação (Abril). Já na segunda avaliação (Setembro), obtivemos uma média de $13,4 \pm 10,99$ pontos, o que origina um diferencial de médias positivo, de 5,0 pontos. A partir dos valores supra citados, obtemos um “*Effect Size (d)*” de 0,698. Valor esse que se enquadra num efeito “*Mediano – Medium*)”.

Já para o PEM (*Percentage of Data Exceeding the Median*), constatamos que 3, das 5 sub-escalas se situam superiormente à *baseline* Mediana de 9 pontos, o que se traduz numa PEM de 0,600 (60,0%), enquadrando-se por isso num “*Debatably effective – Efeito questionável ou leve*”.

Quadro 3 – Estatísticas relativas à escala do teste RAO

Mediana	9
Média BL (1ª)	8,40
Média Pós (2ª)	13,4
Diferença entre médias	5,0
DP BL (1ª)	7,16
DP Pós (2ª)	10,99
Diferença entre DP's	3,83
Effect Size (d)	0,698
PEM	0,600 (60,0%)

Gráfico 3 – Curvas dos 2 momentos avaliativos das sub-escalas do teste RAO



7.4 Wescheler Memory Scale (WMS)

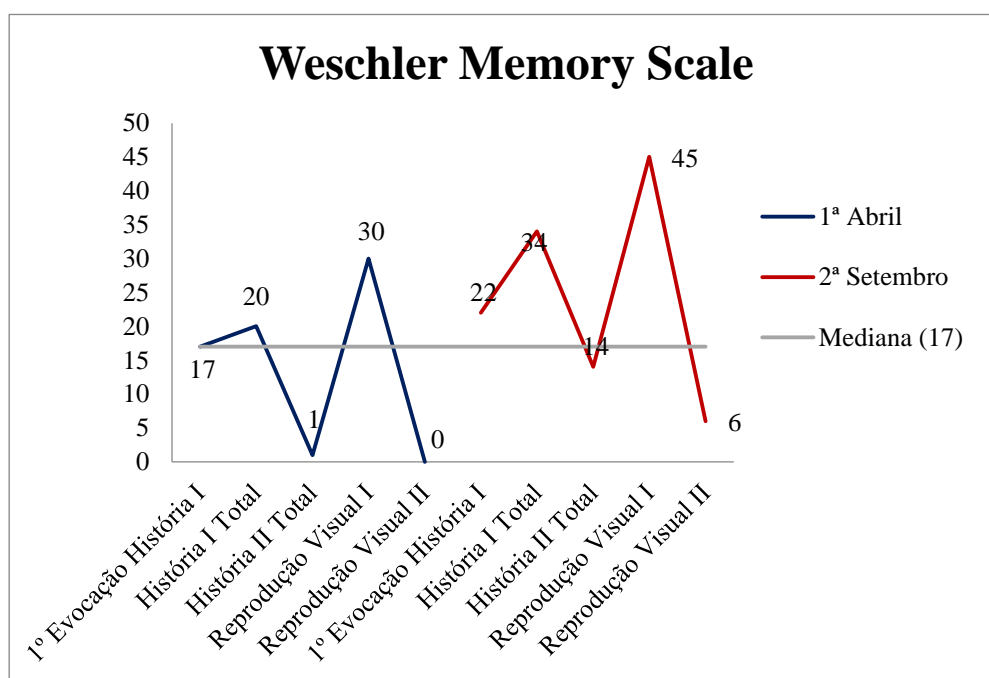
Pela análise das estatísticas do quadro 4 das sub-escalas do teste WMS, para uma baseline média das 5 sub-escalas de $13,6 \pm 12,9$ pontos; obtivemos uma Mediana (*baseline*) de 17 pontos. Parâmetros estes que se reportam à primeira avaliação (Abril). Já na segunda avaliação (Setembro), obtivemos uma média de $24,2 \pm 15,6$ pontos, o que origina um diferencial de médias positivo, de 10,6 pontos. A partir dos valores supra citados, obtemos um “*Effect Size (d)*” de 0,822. Valor esse que se enquadra num efeito “*Alargado – Large*”.

Já para o PEM (*Percentage of Data Exceeding the Median*), constatamos que 3, das 5 sub-escalas se situam superiormente à *baseline* Mediana de 17 pontos, o que se traduz numa PEM de 0,600 (60,0%), enquadrando-se por isso num “*Debatably effective – Efeito questionável ou leve*”.

Quadro 5 – Estatísticas relativas à escala do teste de Fluências Verbais

Mediana	12
Média BL (1ª)	12
Média Pós (2ª)	19,5
Diferença entre médias	7,50
DP BL (1ª)	5,66
DP Pós (2ª)	9,19
Diferença entre DP's	3,54
Effect Size (d)	1,32
PEM	1 (100%)

Gráfico 4 – Curvas dos 2 momentos avaliativos das sub-escalas do teste WMS



7.5. Teste de Fluências Verbais

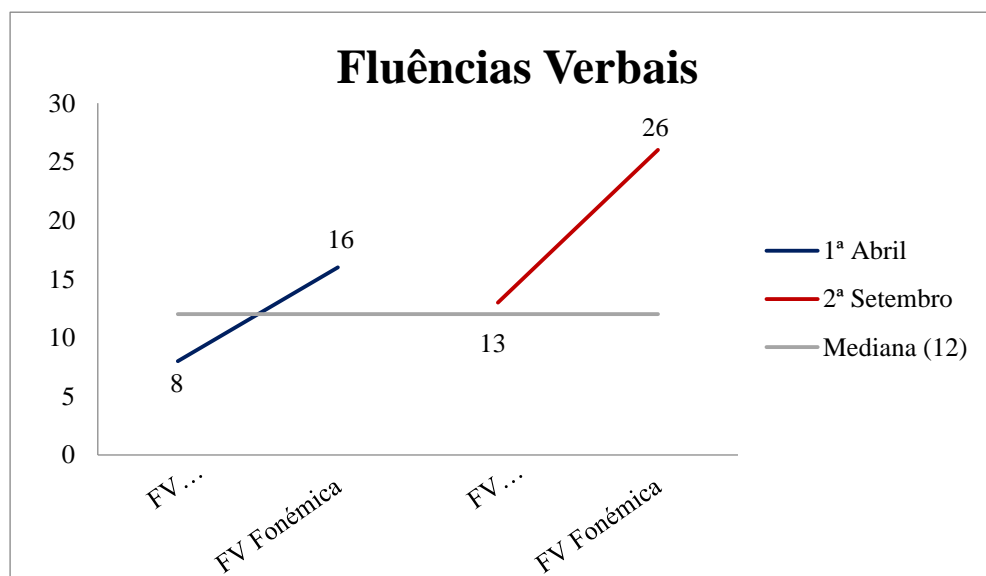
Pela análise das estatísticas do quadro 5 das sub-escalas do teste de Fluências Verbais, para uma *baseline* média das 2 sub-escalas de $12 \pm 5,66$ pontos; obtivemos uma Mediana (*baseline*) de 12 pontos. Parâmetros estes que se reportam à primeira (Abril). Já na segunda avaliação (Setembro), obtivemos uma média de $19,5 \pm 9,19$ pontos, o que origina um diferencial de médias positivo, de 7,50 pontos. A partir dos valores supra citados, obtemos um “*Effect Size (d)*” de 1,32. Valor esse que se enquadra num efeito “*Muito alargado – Very Large*”.

Já para o PEM (*Percentage of Data Exceeding the Median*), constatamos que as 2 sub-escalas se situam superiormente à *baseline* Mediana de 12 pontos, o que se traduz numa PEM de 1,0 (100%), enquadrando-se por isso num “*Very effective – Efeito muito elevado*”.

Quadro 4 – Estatísticas relativas à escala do teste WMS

Mediana	17,0
Média BL (1ª)	
Média Pós (2ª)	13,6
Diferença entre médias	24,2
	10,6
DP BL (1ª)	
DP Pós (2ª)	12,9
Diferença entre DP's	15,6
	2,67
Effect Size (d)	
PEM	0,822
	0,600 (60,0%)

Gráfico 5 – Curvas dos 2 momentos avaliativos das sub-escalas do teste de Fluências Verbais



Discussão

Atualmente, o comprometimento cognitivo considera-se um sintoma prevalente na Esclerose Múltipla, na qual atualmente não existem intervenções amplamente aceitas (Leavitt, Tosto & Riley, 2018). Deste modo, o presente estudo procurou estudar e avaliar a eficácia de um programa de reabilitação cognitiva (R.C.) na Esclerose Múltipla, face os momentos de avaliação efetuados.

Relativamente à hipótese em estudo, esta confirmou-se, considerando-se globalmente eficaz, obtendo melhorias ligeiras.

Globalmente, os resultados obtidos nos instrumentos “WAIS” (PEM=1) e “Fluências Verbais” (PEM = 1) demonstraram uma intervenção muito eficaz (PEM = > 0,90); por outro lado, os instrumentos que revelaram não ser tão eficazes foram o MoCA (PEM= 0,6); a RAO (PEM=0,6); WMS (PEM= 0,60) denominando “efeito questionável ou leve” (PEM = 0,50 a 0,69).

Numa análise mais profunda para cada teste, podemos verificar que estes apresentaram picos e depressões. Em relação ao MoCA, os domínios cognitivos que demonstraram claras melhorias foram a atenção e concentração (cálculo) e a função executiva. Diversos autores apresentaram resultados com melhorias similares de intervenções em pessoas com E.M. referente à atenção e funções executivas (Sandry, Akbar, Zuppichini & DeLuca, 2016). O domínio cognitivo que revelou uma ligeira melhoria: a linguagem; normalmente esta raramente se encontra envolvida como défice (Amato, Langdon, Montalban, Benedict, DeLuca, Krupp & Comi, 2013).

Os domínios cognitivos que não apresentaram alterações foram os domínios espaço-temporal, a capacidade visuoespacial, a atenção geral, a abstração e a fluência verbal. Sendo a capacidade visuoespacial não afetada pela reabilitação, mantendo-se estável ao longo da reabilitação, ou seja, não sofreu nem melhorias nem agravamento (Flavia, Stampatori, Zanotti, Parrinello & Capra, 2010). Por outro lado, os domínios que revelaram um decréscimo foram a memória global, a evocação diferida e a nomeação. Na intervenção face a este teste, denomina-se como “efeito questionável ou leve”, uma vez que existe uma discrepância face aos resultados.

No que toca à WAIS, o domínio da informação referente à reserva cognitiva apresentou um crescimento juntamente com a memória de dígitos (memória de trabalho). À semelhança do que refere na literatura, houve uma melhoria ao nível da memória de trabalho,

embora haja uma carência de investigação sobre os efeitos de reabilitação neste domínio na esclerose múltipla (Mousavi, Zare, Etemadifar & Taher Neshatdoost, 2018). Porém, nas avaliações realizadas, a intervenção cognitiva tem sido eficiente ao verificar o efeito significativo sobre o desempenho deste domínio nos pacientes com esclerose múltipla (Mousavi, Zare, Etemadifar & Taher Neshatdoost, 2018).

Relativamente à reserva cognitiva, informação, um estudo transversal, apontaram uma correlação entre a atrofia cerebral e a função cognitiva ser regulada pela reserva cognitiva verificando pouco impacto em termos de declínio (Benedict, DeLuca,ENZINGER, Geurts, Krupp & Rao, 2017). É necessário ter em conta que a reserva cognitiva (os efeitos das vivências iniciais da vida) modera os efeitos deste género de programas, no entanto ainda não recebeu a devida atenção no âmbito da pesquisa (Benedict, DeLuca,ENZINGER, Geurts, Krupp & Rao, 2017).

O Teste de fluências verbais em ambas as componentes (semântica e fonémica) integrantes no domínio da linguagem exibiram melhorias significativas. De forma semelhante a Kinsinger, Lattie & Mohr (2010) também se expõe melhorias significativas no desempenho face ao domínio da fluência verbal.

A *WMS* demonstrou melhorias em relação à história I e II (Memória verbal tanto curto como a longo prazo). Em relação à Memória Visual sofreu melhorias, contudo também não tão significativas e os resultados expostos, vão ao encontro do estudo dos autores Covey, Shucard, Benedict, Weinstock-Guttman & Shucard (2018), uma vez que os doentes também obtiveram um desempenho abaixo do expectável nos instrumentos de WM visual-verbal, embora que no nosso caso revele efeito questionável, por não ter alcançado a mediana, melhorou em comparação com a primeira avaliação. Tal como defendem os autores (Mousavi, Zare, Etemadifar & Taher Neshatdoost, 2018) que o treino cognitivo melhora a memória, neste caso pode ser de grande utilidade para elevar a memória verbal imediata e a memória diferida.

Finalmente, em relação à *RAO*, demonstrou melhorias na Memória Seletiva RLP, na RCP e na Memória Visuoespacial (domínio da memória; na SDMT (velocidade processamento) a melhoria foi ligeira e a PASAT demonstrou um resultados mais baixos. Num estudo longitudinal revelou declínio no SDMT após 5 anos de patologia, porém somente em doentes com reserva cognitiva inferior (Benedict, DeLuca,ENZINGER, Geurts, Krupp & Rao, 2017).

Enquanto que para Motl & Sandroff (2015), não existiram resultados face à velocidade de processamento cognitivo nomeadamente no SDMT (Motl & Sandroff, 2015).

Relativamente ao *PASAT* ocorreu um agravamento dos resultados pois os autores adiante mencionados, patentearam no grupo estudado um pior desempenho neuropsicológico nos testes de atenção e funções executivas, nomeadamente nos instrumentos *PASAT* e *SDMT* (Parisi, Rocca, Mattioli, Copetti, Capra, Valsasina & Filippi, 2014).

Grande parte dos estudos avaliaram os efeitos a curto prazo imediatamente após a finalização do programa de reabilitação cognitiva, como ocorreu com o Estudo de Caso realizado devidos aos *timings* existentes (Parisi, Rocca, Mattioli, Copetti, Capra, Valsasina & Filippi, 2014).

Diversos estudos atuais focaram-se na realização de tarefas como forma de melhorar a cognição em pessoas com E.M.. Apesar dos resultados se manterem promissores, os efeitos definitivos da prática na cognição aguardam por novas investigações com melhores desenhos metodológicos (Benedict, DeLuca, Enzinger, Geurts, Krupp & Rao, 2017).

Devido à frequência do comprometimento cognitivo nesta patologia e a sua influência nas diversas atividades da doente, existe uma emergência em identificar intervenções terapêuticas eficazes e eficientes em abrandar esses défices (Parisi, Rocca, Mattioli, Copetti, Capra, Valsasina & Filippi, 2014). Embora a reabilitação cognitiva ser bastante usada na prática clínica, continuam a persistir evidências unicamente de baixo grau de efeitos positivos nas E.M. devido às diversas limitações patentes (Parisi, Rocca, Mattioli, Copetti, Capra, Valsasina & Filippi, 2014). Porém, uma limitação extra seria a ausência de um acompanhamento a longo prazo, (Chiaravalloti, Wylie, Leavitt & DeLuca, 2012) contudo embora a reavaliação ter ocorrido dia 10/09, o programa de reabilitação perdurou sensivelmente mais um mês, de modo a poder encerrar este processo de forma confortável para a doente.

O decorrer deste programa também proporcionou a recolha de informação a nível qualitativo. Desta forma, comprovaremos através da literatura analisada determinadas informações que consideramos poder ter enviesado ou reforçado os resultados, como também o que é expectável que ocorra segundo a patologia presente.

Inicialmente, uma vez que a nossa doente pertencia ao género feminino, revelaria maior predisposição em desenvolver E.M. comparativamente aos homens (Beer, Khan & Kesselring, 2012), sendo diagnosticada por volta dos 20 e 40 anos (Sumowski, 2015), sendo que a nossa doente foi diagnosticada por volta dessa faixa etária.

Sendo mencionado ao longo da literatura que 50% a 80% são incapazes de trabalhar após 10 anos de E.M corroborando com situação da doente (Beer, Khan & Kesselring, 2012).

Entre 40% a 70% dos domínios mais afetados são a atenção sustentada, velocidade de processamento de informações, memória e funções executivas como a doente exhibe (D'Amico, Leone, Hayrettin, & Patti, 2016).

O objetivo primário desta reabilitação visou a diminuição destes sintomas e nas dificuldades referentes à atividade e participação da vida diária, de modo a recuperar uma maior independência possível e uma melhor qualidade de vida.

É importante ter em conta que ao realizar este programa apresenta constrangimentos para além dos fatores pessoais, apresenta contextuais.

Primordialmente, em relação à doente, como o declínio cognitivo patenteia um impacto negativamente multidimensional quer a nível pessoal, social, profissional e no estado de humor (Leavitt, Tosto & Riley, 2018) juntamente com este, engloba os sintomas psiquiátricos, sendo verificável um estado deprimido e ansioso por parte da doente previamente à intervenção. Relatou o facto de sentir dificuldades em multitarefas “*já não faço tudo como dantes, antes fazia tudo ao mesmo tempo sem complicações*” e no encontrar palavras (Sumowski, Benedict, Enzinger, Filippi, Geurts, Hamalainen. & Rosti-Otajarvi, 2018).

As tarefas devem ser eficientes a nível de tempo e recursos existentes (Sumowski, Benedict, Enzinger, Filippi, Geurts, Hamalainen. & Rosti-Otajarvi, 2018).

Referente a algumas destas enfatiza dificuldade “*o meu olho é maroto*”, justificando com a inflamação do nervo ótico, que normalmente é um dos primeiros sintomas da E.M. (Sahraian & Etesam, 2014); acresce a dificuldade na autonomia para sair de casa, pois deixou de conduzir, intensificada pelas dificuldades cognitivas e físicas, “*a minha perna prende e tenho medo de cair*” (Beer, Khan & Kesselring, 2012).

Uma das vantagens dos autorrelatos é que se podem identificar sintomas psiquiátricos, como depressão e ansiedade (Benedict et al., 2004; Honarmand et al., 2011; Maor et al., 2001; van der Hiele et al., 2012; Strober et al., 2015) que pode desencadear esta consciencialização perante as suas alterações no seu funcionamento cognitivo (Sandry, Akbar, Zuppichini, & DeLuca, 2016).

As atividades de treino desenvolvidas para a doente com E.M. devem ser adaptadas de forma individual, iniciando-se com um nível básico conjuntamente com a sua intensidade, com o fim de atenuar o risco de deterioração (Beer, Khan & Kesselring, 2012)

A importância e benefício de abordagens cognitivo-comportamentais no tratamento da depressão ajudam as pessoas a se adaptarem e a lidarem com essa doença (Beer, Khan & Kesselring, 2012)

A reabilitação cognitiva contribui para aumentar a motivação, as relações sociais e um maior envolvimento no processo de reabilitação (Beer, Khan & Kesselring, 2012). Contudo, considera que ao realizar uma avaliação neuropsicológica isolada, sem apoio de uma intervenção terapêutica, deve ser evitada – no Caso do presente estudo, no entanto não foi possível devido à limitação de recursos (Beer, Khan & Kesselring, 2012). Não existir apoio psicológico como complemento ao “tratamento” cognitivo devido às restrições de tempo, espaço e profissionais na área da saúde e sendo apenas possível este género de intervenções (emocional e cognitivo) no seu decorrer isoladamente devido aos constrangimentos previamente referidos. Daí, ter sido fulcral estabilizar o estado emocional da doente, de modo a melhorar a sua atenção face às tarefas e nomeadamente na aceitação da doença e as suas respetivas implicações (como se encontrar inativa laboralmente devido ao surto, por exemplo); e sendo este estado emocional instável pode ter sido uma influência tornando o programa não tão eficaz).

As limitações ao longo do programa ocorreram por diversos aspetos, tais como: a mudança de gabinete embora não constante, porém prejudica o *timing* de atuação do programa, visto ser curto e causando constrangimentos na aplicação das tarefas no próprio momento, alterando o ânimo da doente; restrições de tempo: uma hora do programa e uma vez por semana (passando apenas para duas em período de férias, retomando uma vez por semana após este período). A doente demonstra vontade em frequentar as sessões, contudo relata não ter “*autonomia física*” para o fazer, não querendo ser um “*empecilho para o meu marido*”, uma vez que este tem de sair do trabalho para a trazer ao Hospital;

A reavaliação neuropsicológica tinha sido marcada para dia quatro de Setembro, contudo a doente apresenta limitações que constroem os *timings* de atuação, não tendo sido possível realizar nesta data. Desta forma, remarcou-se a reavaliação para a semana seguinte, e que devido a falta de medicação (uma semana) sem o antidepressivo, dificultou esta mesma pela sua grave alteração emocional, estando bastante deprimida e estas alterações de humor obtiveram um impacto negativo na sessão e que não correu como o previsto. Eticamente no âmbito profissional não se considera correto a realização da reavaliação face às circunstâncias apresentadas, sendo aconselhável profissionalmente em se realizar noutra altura quando existisse uma maior estabilidade a nível da medicação e do estado de humor da doente, contudo por *timings* impostos, não seria possível adiar esta

reavaliação para mais uma semana. Existem diversas vantagens na perspetiva da doente face a este programa, sendo estes: possibilita melhorar a consciencialização dos défices cognitivos, proporcionado uma diferente autoperceção e aceitação da doença e os respetivos efeitos desta, pois são pontos-chave na sua vida diária. Para a doente a principal vantagem é *“eu conseguir ver ou sentir até que ponto conseguir perceber que eu estava a precisar de ajuda... E que realmente vocês me conseguiram passar essa ajuda... notei as minhas dificuldades... eu interiormente não estava a conseguir identificar sozinha... a forma como lido com ela ainda estou a ir aos bocadinhos”* (Mitolo, Venneri, Wilkinson & Sharrack, 2015).

Para Wilson (2009), os programas de reabilitação não servem apenas para trabalhar e aperfeiçoar a memória como permite que os indivíduos atinjam objetivos pessoais e um maior qualidade de vida *“foi uma mais-valia para mim...esse tipo de ajuda porque é muito difícil uma pessoa estar em casa sozinha sem falar com ninguém e chegar a um ponto e querer ... tentar se aperceber das dificuldades que tem e nem se aperceber,... Já estou a conseguir fazer melhor porque faço mesmo isso e preciso de fazer alguma coisa... passo a passo ... e agora sei que preciso e faço a lista das compras... por exemplo, quero fazer um bolo. Faço um bolo, sei que ... o que é que preciso, mas que tenho de ter a listinha à minha frente para eu não me esquecer de nada e para os passos que tenho de dar para confeccionar o bolo e parece que não, mas isso é uma ajuda, uma ajuda”* (Mousavi, Zare, Etemadifar & Taher Neshatdoost, 2018).

A presente motivação pode apresentar um papel significativo em compreender se a intervenção foi ou não analisada como eficaz (Sandry, Akbar, Zuppichini & DeLuca, 2016).

Ao longo da literatura, salienta-se ser expectável uma melhoria do estado emocional/ humor (Hanssen, Beiske, Landrø, Hofoss & Hessen, 2016). Segundo o BSI, apresentou perturbação emocional ($> 1,7$), ou seja, refere-se a componente depressiva (2,3) e HADS encontra-se no limiar entre o estado ansioso (= 7) e deprimido (= 8).

A abordagem englobada neste programa considera-se holística, uma vez que se trabalha os domínios cognitivos, emocionais e psicossociais na vida da doente. O facto de se a educar, isto é, explicar o processo, pode promover a metacognição contribuindo para um maior envolvimento nas sessões; fornecer feedback terapêutico no final das sessões auxiliam na compreensão do perfil cognitivo e de formas de potenciar estas forças cognitivas e atenuar os menos fortes da sua vida diária (Sumowski, Benedict, Enzinger, Filippi, Geurts, Hamalainen. & Rosti-Otajarvi, 2018).

Segundo a doente, o programa ajudou no *insight*, isto é, a “*perceber que precisava de ajuda*” e “*notei as minhas dificuldades... eu interiormente não estava a conseguir identificar sozinha*”.

Embora os resultados não tenham sido impactantes, a doente refere que “*este programa ajudou-me imenso, ajuda-me imenso, sem dúvida*”, como por exemplo: “*sinto-me bem em vir aqui às sessões (...) Em casa, a fazer os trabalhos de casa, sinto-me bem... Consigo se calhar fazer as coisas que eu fazia habitualmente ... estou a conseguir fazer melhor porque preciso de fazer alguma coisa ... passo a passo ... vou tentando...ir as compras ... fazer uma lista...eu não precisava de fazer listas e tenho de ter a listinha à minha frente para eu não me esquecer de nada e para os passos que tenho de dar... para confeccionar o bolo e parece que não, mas isso é uma ajuda...agora noto mais... começo a ter mais cuidado ... Consigo organizar as minhas coisas, as minhas tarefas, as minhas obrigações, de uma maneira mais simples e mais fácil ... que eu complicava coisas antes que não era para complicar*”. Reforça em se considerar uma pessoa “*impulsiva*”, embora com o apoio do Programa “*consigo ver as coisas por outra perspetiva e ter mais calma até comigo mesma ... a forma como lido com ela (a doença) ainda estou a ir aos bocadinhos*”, pois “*o programa ajuda bastante*” embora tente não “*fazer tanto os filmes como eu costumo fazer, de vez em quando. E tantas complicações e não criar tantos atritos se calhar*”. Salientando “*o que me ajuda vir para aqui é sinceramente é eu ter mais controlo sobre os meus pensamentos...não dramatizar tanto*” sentindo-se “*mais moderada*”. O facto de “*sair de casa e agora também não estou a conseguir sair tanto como gostaria...é mais complicado sair e conviver com outras pessoas por que não tenho quem me vá buscar para ir aqui ou acolá*.” Observa este programa como um refúgio, concordando e “*poder falar com outras pessoas porque senão o meu mundo restringe-se a marido, filha e pouco e acabou*”. Daí, “*vindo aqui, embora não seja muito agradável ir ate ao hospital, que não é, mas só o facto de uma pessoa estar aqui conversar e falar sobre... ajuda imenso*”. Devido à modificação heterogénea ao longo do percurso da doença, uma vez que é imprevisível, a localização das lesões e os variados padrões clínicos, a E.M. caracteriza-se por ter uma alta variabilidade inter e intraindividual (Beer, Khan & Kesselring, 2012).

Apesar de a reabilitação cognitiva na E.M. apresentar deficiências metodológicas como: manifestações heterogêneas de consequências da E.M. e diversidade de serviços (Beer, Khan & Kesselring, 2012) existem evidências relativo à sua eficácia nos vários estágios da doença. As questões de duração e intensidade da intervenção são de extrema

pertinência neste género de programa (Mousavi, Zare, Etemadifar & Taher Neshatdoost, 2018).

Relativamente ao método estatístico utilizado, “Percentagem de pontos de dados - Ultrapassando a mediana” visa em demonstrar a aplicação da abordagem PEM face uma análise quantitativa de estudos de sujeito único. Esta abordagem apresenta diversas vantagens: sendo uma abordagem não-paramétrica é isenta das imposições dos pressupostos referentes à estatística paramétrica; simples de calcular diretamente através de *displays* gráficos; fácil interpretar a nível qualitativo: PEM de $\geq 90\%$ indica altamente eficaz, $\geq 70\%$ a 90% representa efeito moderado, $\geq 50\%$ - 70% indica efeito leve ou questionável e $\leq 50\%$ é considerado um tratamento ineficaz. Essa interpretação foi baseada em comparações prévias dos escores do (PND) por análise visual (Ma, 2006). É importante referir que existe possibilidade de calcular um valor de PEM em cada fase de tratamento comparando com a *baseline*. Posteriormente, a percentagem dos pontos de dados da fase de tratamento que se encontram acima da linha horizontal (mediana) pode ser calculada, originando a PEM, ou seja, primeiro calcula-se a mediana através dos resultados obtidos na primeira avaliação num primeiro instrumento. Ao obter a mediana, somam-se o número de domínios que ficaram acima da mediana, dividindo posteriormente pelo número de domínios (Ma, 2006). Geralmente os efeitos da reabilitação cognitiva em pessoas com E.M. resultam mistos e sofrem muitas falhas metodológicas, como averiguamos anteriormente (Motl, Sandroff & DeLuca, 2016). Ocorre uma vez que ainda não está explícito quais os domínios cognitivos que efetivamente progridem após um período de reabilitação cognitiva e como esta pode melhorá-las (Motl, Sandroff & DeLuca, 2016). Apesar dos programas de reabilitação cognitiva revelarem eficácia para pessoas com esclerose múltipla e esta ter sido avaliada e maioritariamente dos investigadores, não facultam pormenores satisfatórios e aspetos-chave relativo às intervenções dificultando a realização de um programa de reabilitação cognitiva realmente eficaz no âmbito clínico (Mhizha-Murira, Drummond, Klein & Nair, 2018).

Conclusões e Considerações Finais

A cognição consiste numa capacidade humana fundamental, uma vez que é responsável por um conjunto de funções cerebrais. Na Esclerose Múltipla (E.M.), os diversos domínios cognitivos podem ser afetados, sendo este impacto constante e progressivo (Penner, 2016).

O primeiro passo da reabilitação consiste em reconhecer o comprometimento cognitivo como um dos principais sintomas da E.M, de modo a que esta se torne uma das prioridades de tratamento (Sahraian & Etesam, 2014). Para dar uma resposta eficaz neste domínio é emergente a criação de centros de reabilitação e intervenções eficazes e eficientes adaptadas ao contexto clínico, de modo a promover nos doentes a perceção e a aceitação da reabilitação como uma imprescindível opção terapêutica na E.M. (Beer, Khan & Kesselring, 2012).

A reabilitação cognitiva na Esclerose Múltipla necessita da cooperação multidisciplinar para desenvolver paradigmas teóricos sobre a cognição apoiados pela biologia com a finalidade de descobrir um tratamento eficaz (Sumowski, Benedict,ENZINGER, Filippi, Geurts, Hamalainen. & Rosti-Otajarvi, 2018), de forma a promover uma melhor compreensão sobre a génese dos défices cognitivos nesta doença. Desta forma, possibilitará o crescimento na área da reabilitação cognitiva, nomeadamente ao nível das estratégias compensatórias para diminuir o impacto destes défices na qualidade de vida destas pessoas (Sumowski, Benedict,ENZINGER, Filippi, Geurts, Hamalainen. & Rosti-Otajarvi, 2018).

Poucos estudos abordam os efeitos a longo prazo nesta patologia, daí as evidências serem escassas para possibilitar aos utentes um melhor tratamento a nível global e uma comunicação efetiva entre as óticas do doente como do cuidador (Beer, Khan & Kesselring, 2012). O facto de existirem subtipos variados de défices requerem abordagens de intervenção diferentes, sendo na literatura considerada um desafio e um impulso-chave para o futuro (Sumowski, Benedict,ENZINGER, Filippi, Geurts, Hamalainen. & Rosti-Otajarvi, 2018).

A perspetiva para a reabilitação cognitiva na E.M., aguarda um trabalho desafiador e contínuo, que deve recorrer de um bom suporte teórico nas diversas vertentes, de modo a desenvolver-se, no futuro, um planeamento ótimo e eficaz destes programas para serem efetuados, homogeneizando-as (Sandry, Akbar, Zuppichini & DeLuca, 2016).

Acreditamos que este estudo contribui para o melhor conhecimento face ao desempenho-base e o impacto de um Programa de RC numa doente com E.M, de modo a

alertar sobre a importância deste género de intervenções e as tornar mais eficazes. Estas intervenções têm como principal objetivo impulsionar a saúde cognitiva, psicológica, social e a qualidade de vida destas pessoas.

Em suma, é expectável que esta pesquisa abra “portas” para aprofundar as ideias abordadas, de modo a que se dê prosseguimento à investigação que ao longo do tempo se tem desenvolvido neste âmbito. É pertinente alongar o período de duração do programa, possibilitar a conjugação de terapias cognitivas e psicoterapêuticas, apoiar o cuidador, assim como um *follow-up* mais frequente, de maneira a se compreender como desenvolver intervenções mais eficazes.

Referências Bibliográficas

- Amato, M. P., Portaccio, E., Goretti, B., Zipoli, V., Hakiki, B., Giannini, M.,... & Razzolini, L. (2010). Cognitive impairment in early stages of multiple sclerosis. *Neurological sciences*, 31(2), 211-214.
- Amato, M. P., Langdon, D., Montalban, X., Benedict, R. H., DeLuca, J., Krupp, L. B., ... & Comi, G. (2013). Treatment of cognitive impairment in multiple sclerosis: position paper. *Journal of neurology*, 260(6), 1452-1468.
- Beer, S., Khan, F., & Kesselring, J. (2012). Rehabilitation interventions in multiple sclerosis: an overview. *Journal of neurology*, 259(9), 1994-2008.
- Benedict, R. H., DeLuca, J., Enzinger, C., Geurts, J. J., Krupp, L. B., & Rao, S. M. (2017). Neuropsychology of multiple sclerosis: looking back and moving forward. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(9-10), 832-842.
- Benedict, R. H., DeLuca, J., Phillips, G., LaRocca, N., Hudson, L. D., Rudick, R., & Multiple Sclerosis Outcome Assessments Consortium. (2017). Validity of the Symbol Digit Modalities Test as a cognition performance outcome measure for multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(5), 721-733.
- Birnboim, S., & Miller, A. (2004). Cognitive rehabilitation for multiple sclerosis patients with executive dysfunction. *J Cogn Rehabil*, 22(4), 8-11.
- Brochet, B. (2017). Functional training is a senseless strategy in MS cognitive rehabilitation: strategy training is the only useful approach—commentary. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(7), 932-933.
- Browne, P., Chandraratna, D., Angood, C., Tremlett, H., Baker, C., Taylor, B. V., & Thompson, A. J. (2014). Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. *Neurology*, 83 (11), 1022-1024.
- Caldeira, S. (2014). Avaliação Psicológica e Psiquiatria Clínica: conceitos fundamentais e princípios para o uso de instrumentos psicométricos no contexto clínico.
- Chiaravalloti, N. D., & DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 7(12), 1139-1151.
- Chiaravalloti, N. D., Genova, H. M., & DeLuca, J. (2015). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: the role of plasticity. *Frontiers in neurology*, 6, 67.
- Chiaravalloti, N. D., Wylie, G., Leavitt, V., & DeLuca, J. (2012). Increased cerebral activation after behavioral treatment for memory deficits in MS. *Journal of neurology*, 259(7), 1337-1346.

- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M.,... & Azulay, J. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(4), 519-530.
- Covey, T. J., Shucard, J. L., Benedict, R. H., Weinstock-Guttman, B., & Shucard, D. W. (2018). Improved cognitive performance and event-related potential changes following working memory training in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal–Experimental, Translational and Clinical*, 4(1), 2055217317747626.
- D’Amico, E., Leone, C., Hayrettin, T., & Patti, F. (2016). Can we define a rehabilitation strategy for cognitive impairment in progressive multiple sclerosis? A critical appraisal. *Multiple Sclerosis Journal*, 22(5), 581-589.
- Das Nair R, Martin K-J and Lincoln NB. Memory rehabilitation for people with multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2016
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605.
- Di Luca, M., Nutt, D., Oertel, W., Boyer, P., Jaarsma, J., Destrebecq, F., ... & Quoidbachb, V. (2018). Towards earlier diagnosis and treatment of disorders of the brain.
- Fernández – Guinea, S. (2001). Estrategias a seguir en el diseño de los programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral. *Revista de Neurología*, 33, 4, 373 – 377.
- Flavia, M., Stampatori, C., Zanotti, D., Parrinello, G., & Capra, R. (2010). Efficacy and specificity of intensive cognitive rehabilitation of attention and executive functions in multiple sclerosis. *Journal of the neurological sciences*, 288(1-2), 101-105.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3).
- Goodwin, R., Lincoln, N., das Nair, R., & Bateman, A. (2017). External memory aids for memory problems in people with multiple sclerosis: A systematic review. *Neuropsychological rehabilitation*, 27(8), 1081-1102
- Goverover, Y., Chiaravalloti, N., & DeLuca, J. (2016). Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS) and performance of everyday life tasks: Actual reality. *Multiple Sclerosis Journal*, 22(4), 544-550.

- Goverover, Y., Chiaravalloti, N. D., O'Brien, A., & DeLuca, J. (2017). Evidenced based cognitive rehabilitation for persons with multiple sclerosis: an updated review of the literature from 2007-2016. *Archives of physical medicine and rehabilitation*.
- Goverover, Y., Chiaravalloti, N., Genova, H., & DeLuca, J. (2018). A randomized controlled trial to treat impaired learning and memory in multiple sclerosis: The self-GEN trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 24(8), 1096-1104.
- Gontkovsky, S. T., Vickery, C. D., & Beatty, W. W. (2004). Construct validity of the 7/24 spatial recall test. *Applied neuropsychology*, 11(2), 75-84.
- Hanssen, K. T., Beiske, A. G., Landrø, N. I., Hofoss, D., & Hessen, E. (2016). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Acta Neurologica Scandinavica*, 133(1), 30-40.
- Hobson, J. (2015). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Occupational Medicine*, 65(9), 764-765.
- Iniciativas de pesquisa. (n.d). Retirado em Agosto, 09, 2018, tirado do PASAT, Paced Auditory Serial Addittion Test website, [https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-Researchers/Clinical-Study-Measures/Paced-Auditory-Serial-Addition-Test-\(PASAT\)](https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-Researchers/Clinical-Study-Measures/Paced-Auditory-Serial-Addition-Test-(PASAT))
- Jagaroo, V. (2009). Neuroinformatics for neuropsychology. New York, NY: Springe
- Katz, R. T., Campagnolo, D. I., Goldberg, G., Parker, J. C., Pine, Z. M., & Whyte, J. (1995). Critical evaluation of clinical research. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 76(1), 82-93.
- Kinsinger, S. W., Lattie, E., & Mohr, D. C. (2010). Relationship between depression, fatigue, subjective cognitive impairment, and objective neuropsychological functioning in patients with multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 24(5), 573.
- Laine, E., & Gegenfurtner, A. (2013). Stability or change? Effects of training length and time lag on achievement goal orientations and transfer of training. *International Journal of Educational Research*, 61, 71-79.
- Leavitt, V. M., Tosto, G., & Riley, C. S. (2018). Cognitive phenotypes in multiple sclerosis. *Journal of neurology*, 265(3), 562-566.
- Mäntynen, A., Rosti-Otajärvi, E., Koivisto, K., Lilja, A., Huhtala, H., & Hämäläinen, P. (2014). Neuropsychological rehabilitation does not improve cognitive performance but reduces perceived cognitive deficits in patients with multiple sclerosis: a randomised, controlled, multi-centre trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 20(1), 99-107.

- Margevičiūtė, R. (2012). The advantages and disadvantages of single case and group study design in neuropsychology. *Psychology*, 46(46), 135-142.
- Messinis, L., Papathanasopoulos, P., Kosmidis, M. H., Nasios, G., & Kambanaros, M. (2018). Neuropsychological Features of Multiple Sclerosis: Impact and Rehabilitation. *Behavioural neurology*, 2018.
- Mhizha-Murira, J. R., Drummond, A., Klein, O. A., & dasNair, R. (2018). Reporting interventions in trials evaluating cognitive rehabilitation in people with multiple sclerosis: a systematic review. *Clinical rehabilitation*, 32(2), 243-254.
- Mitolo, M., Venneri, A., Wilkinson, I. D., & Sharrack, B. (2015). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a systematic review. *Journal of the neurological sciences*, 354(1-2), 1-9.
- Momsen, A. M., Rasmussen, J. O., Nielsen, C. V., Iversen, M. D., & Lund, H. (2012). Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *Journal of rehabilitation medicine*, 44(11), 901-912.
- Motl, R. W., & Sandroff, B. M. (2015). Benefits of exercise training in multiple sclerosis. *Current neurology and neuroscience reports*, 15(9), 62.
- Motl, R. W., Sandroff, B. M., & DeLuca, J. (2016). Exercise training and cognitive rehabilitation: a symbiotic approach for rehabilitating walking and cognitive functions in multiple sclerosis?. *Neurorehabilitation and neural repair*, 30(6), 499-511.
- Mousavi, S., Zare, H., Etemadifar, M., & Taher Neshatdoost, H. (2018). Memory rehabilitation for the working memory of patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 40(4), 405-410.
- Neves, M. R., Sousa, C., Passos, A. M., Ferreira, A. I., & Sá, M. J. (2017). Verbal Selective Reminding Test (six-trial administration): Regression-based norms for a portuguese version. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-9.
- Nock, M. K., Michel, B. D., & Photos, V. I. (2007). Single-case research designs. *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology*, 337-350.
- Ontaneda, D., Thompson, A. J., Fox, R. J., & Cohen, J. A. (2017). Progressive multiple sclerosis: prospects for disease therapy, repair, and restoration of function. *The Lancet*, 389(10076), 1357-1366.
- Parisi, L., Rocca, M. A., Mattioli, F., Copetti, M., Capra, R., Valsasina, P., ... & Filippi, M. (2014). Changes of brain resting state functional connectivity predict the persistence of cognitive rehabilitation effects in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 20(6), 686-694.

- Penner, I. K. (2016). Evaluation of cognition and fatigue in multiple sclerosis: daily practice and future directions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134, 19-23.
- Pereira Braz, V., & Espirito-Santo, H. O. (2017). *Quais as Melhores Letras na Língua Portuguesa Para Testar a Fluência Verbal Fonémica e Discriminar a Existência e Ausência de Déficit Cognitivo? Estudo Preliminar*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Rabin, L. A., Barr, W. B., & Burton, L. A. (2005). Assessment practices of clinical neuropsychologists in the United States and Canada: A survey of INS, NAN, and APA Division 40 members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 33–65.
- Rao, S. M., Leo, G. J., Bernardin, L., & Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis.: I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology*, 41(5), 685-691.
- Rosti-Otajärvi EM and Hämäläinen PI. (2014) Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis. *Cochrane Database*
- Sahraian, M. A., & Etesam, F. (2014). Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(1), 1-7.
- Sandry, J., Akbar, N., Zuppichini, M., & DeLuca, J. (2016). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Research progress in Alzheimer's disease and Dementia*, 6, 195-233.
- Santos Cela, J. L., & Bausela Herreras, E. (2005). Rehabilitación neuropsicológica. *Papeles del psicólogo*, 26(90).
- Stuss, D. T., & Levine, B. (2002). Adult clinical neuropsychology: Lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology*, 53, 401–433.
- Sumowski, J. F. (2015). Cognitive reserve as a useful concept for early intervention research in multiple sclerosis. *Frontiers in neurology*, 6, 176.
- Sumowski, J. F., Benedict, R.,ENZINGER, C., Filippi, M., Geurts, J. J., Hamalainen, P., ... & Rosti-Otajarvi, E. M. (2018). Cognition in multiple sclerosis: State of the field and priorities for the future. *Neurology*, 10-1212.
- Wechsler, D. (2008). *WMS-III: Escala de Memória de Wechsler - 3a Edição: Manual Técnico*. Lisboa: Cegoc.
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-III: Escala de Intligência de Wechsler para Adultos - III: Manual Técnico*. Tea Ediciones.
- World Health Organization. (2008). Atlas: multiple sclerosis resources in the world 2008.
- Vakil, E. (2012). Neuropsychological assessment: Principles, rationale, and challenges. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 34(2), 135-150.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Anexos

Anexo I - Consentimento Informado

ESTUDO DE CASO

No âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, está a ser efetuado um estudo que tem como fim - Reabilitação Neuropsicológica na Esclerose Múltipla: Estudo de Caso. Tendo um conjunto de atividades e exercícios de estimulação cognitiva desenvolvidas no contexto de Consulta de Neuropsicologia inserida no Serviço de Neurologia, no Centro Hospitalar de S. João.

Eu, _____entendi a informação e a explicação que me foi transmitida sobre o estudo que se pretende realizar e no qual me encontro igualmente incluída. Sendo assim, estou ciente dos respetivos objetivos e procedimentos em que também me foi garantido que todos os meus dados pessoais e todo o processo envolvente estão sob sigilo profissional, destinando-se apenas à vertente da investigação.

Foi-me dada a possibilidade de esclarecer todas as minhas dúvidas face ao estudo em questão e foi-me respondido de forma clara e apropriada. Caso deseje obter mais esclarecimentos, contacte: Cláudia Sousa nº extensão 1448 ou Leandra Rabaça – e-mail: leandrarabaca18@hotmail.com

Aceito participar no estudo no qual me dá o direito de desistir em qualquer momento sem prejuízos acrescidos.

Porto, ____ de _____, 2018

Assinatura do participante

Assinatura do Investigador

Anexo II - Dados Sociodemográficos da doente

Doente:

Sexo:

Idade:

Habilitações Literárias:

Ocupação anterior:

Lateralidade:

Estado Civil:

Nº de Filhos:

Informação Clínica

Data da 1ª ANP: J

Re-avaliação/Follow-up:

Regime de Frequência da Reabilitação no CHSJ:

Diagnóstico:

Início da Doença:

Grau de Evolução da Doença:

Défices:

Medicação:

Imagem:

Antecedentes pessoais:

Antecedentes familiares:

Observações:

Anexo III – Resultados ANP

Tabela 1

Provas de Rastreio

Testes	Resultados <i>Abril</i> 2018 (1º)	Resultados Setembro 2018 (2ª)	Ponte Corte
MoCA	18 (30)	22 (30)	27.39 ± 1.86
Pré-mórbido (WAIS Informação)	11 PE 10	14 PE 11	-

Tabela 2

Avaliação Neuropsicológica Compreensiva

Testes/Provas	Subescalas	1ª Avaliação	2ª Avaliação
<i>RAO</i>	Memória Seletiva - RLP	12 (T-1)	26 (T34)
	Memória Seletiva - RCP	0 (T0.4)	4 (T25)
	Memória Visuoespacial – 7/24	9 (T21)	17 (T46,7)
Veloc. Processamento da Inf.	SDMT	18 (T11)	20 (T22)
	PASSAT	3 (T29)	0 (T19)
<i>WESCHLER MEMORY SCALE</i> (WMS)	1º Evocação Historia I	17 PE 7	22 PE 11
	Historia I Total	20 PE 6	34 PE 10
	Historia II total	1 PE 2	14 PE 8
	Reprodução Visual I	30 PE 3	45 PE 5
	Reprodução Visual II	0 PE 3	6 PE 3

Memória de Trabalho (WAIS)	Memória de Dígitos	9 PE7	11 PE8
Fluências Verbais	FV Categórica	8 (p < 1; PE < 3)	13 (p3 – 5) PE5
	FV Fonémica	16 (p2; PE4)	26 (p19-28) PE8

Nota: PE – Pontuação Escalar; p – Percentil; T- t-score

Anexo IV – Planos e Observações de Sessão

Tabela 3

Plano da 1ª Sessão, realizado a 21 de Maio de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Materiais	Estratégias Cognitivas	Passos
Orientação temporal	<p><i>Calendário</i></p> <p>Objetivo: <u>promover</u> uma melhor <u>orientação temporal</u> a partir de um suporte visual que terá toda a informação principal - a data atual - dia, mês e ano presente.</p>	Calendário personalizado em suporte de papel, lápis e borracha.	Auxílio externo (calendário)	<p>1º <u>Mencionar</u> o dia da semana;</p> <p>2º O dia do mês;</p> <p>3º O mês;</p> <p>4º O ano.</p>

Tabela 4

Plano da 1ª Sessão, realizado a 21 de Maio de 2018

Domínios Cognitivos	Descrição da Tarefa	Materiais	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória Visual Imediata;	<i>Objetos Escondidos</i> Objetivo: <u>Comunicar</u> à pessoa que tire os objetos que se encontram dentro do saco, <u>nomeando-os</u> um a um. Alertar para que	2 Sacos opacos, afia, elástico, lápis, mola, tesoura, brinco.	- Fazer um exemplo primeiro para observar se a doente compreendeu a tarefa e seguidamente prosseguir com a mesma;	1º Tirar objeto;
Atenção Sustentada;	esteja atenta à medida que os retira do saco e que tente <u>memorizá-los</u> , pois ao retirá-los todos, voltará a metê-los no caso para que		- Pistas fonémicas – “Começa com a letra ...”	2º Nomear (um a um); 3º Esconder;
Linguagem- nomeação.	seguidamente os <u>evoque</u> . É aconselhável ser a própria doente a tirá-los do saco em vez do terapeuta, pois <u>promove o envolvimento na tarefa e reforça a atenção</u> e concentração face à mesma. É pertinente que os objetos usados sejam familiares para a pessoa.		- Repetição Verbal da informação (facilita a codificação e a consolidação); - Associação de imagens (facilita a evocação da imagem em falta)	4º Evocar; 5º Elogiar o envolvimento da doente na tarefa. 6º Tirar objeto; 7º Nomear e referir a respetiva função (um a um); 8º Esconder 9º Evocar; 10º Tirar objetos e colocar todos em cima da mesa e nomeá-los. 11º Esconder; 12º Evocar;

Tabela 5

Plano da 1ª Sessão, realizado a 21 de Maio de 2018

Domínios Cognitivos	Descrição da Tarefa	Materiais	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória Visual Imediata	<i>Imagem Escondida</i> Objetivo: A doente tem de <u>memorizar</u> as imagens que vão ser apresentadas. De seguida, é retirada uma e a pessoa tem de <u>evocar</u> qual está em falta.	Computador, PowerPoint e PDF.	-Fazer um exemplo primeiro para observar se a doente compreendeu a tarefa e seguidamente prosseguir com a mesma: -Pistas fonémicas; - Associar os objetos entre si, caso apresente alguma dificuldade; - Elogiar envolvimento nas tarefas (autorregulação)	1º Memorizar as imagens expostas; 2º Retirar uma imagem; 3º Evocar a imagem em falta; 4º Expor novamente a imagem que tinha sido retirada; 5º Elogiar o envolvimento da doente na tarefa.
Atenção Sustentada				
Linguagem				

Tabela 6

Descrição da 1ª Sessão, realizada a 21 de Maio de 2018

Observações
<p>Apresentaram-se tarefas motivadoras e atrativas, porém simultaneamente e razoavelmente exigentes e apropriadas à doente face à intervenção. N. apresenta dificuldade quando realiza exercícios ao nível da memória e atenção. Em toda a sessão, apresentou-se colaborante, embora ligeiramente ansiosa. Ao decorrer da sessão, também exibiu dificuldades no que concerne ao domínio da consolidação e evocação dos objetos em falta. Responde impulsivamente.</p> <p>Sendo assim, nas duas tarefas iniciais, a paciente nestes dois domínios apresentou pontual dificuldade, uma vez que não evocava de imediato os objetos, recorrendo, por vezes, a associação da sua função. É importante reforçar que, como era a primeira sessão de R.C., a doente estava ligeiramente ansiosa o que poderia ter interferido nas atividades propostas. Consequentemente, é crucial prosseguir na reabilitação destes domínios cognitivos por estes serem necessários nas AVDS.</p>

Tabela 7

Plano de atividades da 2ª Sessão, realizada a 28 de Maio de 2018

Domínios Cognitivos	Descrição da Tarefa	Materiais	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória visual	<i>Objetos & Caixas</i>		- Pistas semânticas e fonémicas. “Começa pela letra ...e/ou pelo fonema...”;	1º Tirar os objetos que se encontram dentro da caixa um a um e nomeando-os à medida que os esconde na caixa vazia;
Atenção sustentada	Objetivo: Tirar os objetos que se encontram dentro da caixa um a um e à medida que os retira, tenta <u>memorizar</u> , <u>nomear</u> , explicar a sua <u>função</u> e <u>associar</u> , pois ao retirá-los todos voltará a metê-los na caixa para que seguidamente os <u>evoque</u> . (3 repetições) - <u>gradualmente</u>	2 Caixas médias, mola de cabelo, borracha, pulseira; verniz, vela, moeda.	- Repetir informação (facilita uma melhor codificação e consolidação);	2º Evocar os que se recorda;
Linguagem – nomeação			- Associação de imagens verbalmente, posterior evocação facilitada.	3º Tirar os objetos que se encontram dentro da caixa um a um, nomear e função;
			- Elogiar envolvimento nas tarefas (autorregulação)	4º Evocar os que se recorda;
				5º Tirar os objetos que se encontram dentro da caixa um a um, nomear, função e associar (aspeto em comum);
				6º Evocar os que se recorda.

Tabela 8

Observações sobre a 2ª Sessão, realizada a 28 de Maio de 2018

Observações
No início da sessão proposta, a doente teve dificuldades em nomear alguns objetos, no entanto apresentou uma boa evocação (os que não conseguia evocar, explicava a sua função) dos objetos em falta. Ao ser um processo mais gradual com as diversas fases (nomear, função e associação entre os objetos) face à exposição das imagens podem ter sido um indicador de maior sucesso em termos de memorização das tarefas.

Tabela 9

Plano da 2ª Sessão, realizada a 28 de Maio de 2018

Domínios Cognitivos	Descrição da Tarefa	Materiais	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória Visual	<i>Imagem Escondida</i>		- Pistas semânticas e fonémicas. “Começa pela letra ... e/ou pelo fonema ...”;	1º Apresentar as imagens todas (começa com 3 e termina com 6 – tendo dois exemplos de cada).
Atenção Sustentada	Objetivo: Tem de <u>memorizar</u> as imagens que vão ser apresentadas. Seguidamente, retira-se uma e a doente tem de <u>evocar</u> qual está em falta.	Computador, acesso a PowerPoint e PDF.	- Repetir informação (facilita a codificação e consolidação);	2º Nomear as imagens presentes e uma possível associação;
Linguagem- Nomeação	O exercício vai <u>gradualmente aumentando de dificuldade</u> .		-Associação de imagens verbalmente, posterior evocação facilitada.	3º Esconder uma imagem; 4º A doente tem de evocar a imagem em falta.

Tabela 10
Plano da 3ª Sessão, realizada a 4 de junho de 2018

Domínios Cognitivos	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Atenção Seletiva & Sustentada; Flexibilidade cognitiva; Cálculo.	<i>À busca da Letra</i> Objetivo: <u>Contabilizar</u> as letras presentes na tabela e <u>indicar</u> a quantidade da mesma.	Papel, lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Começar na primeira letra pedida, neste caso “A” e terminar na letra “D”. 2º Riscar à medida que se contabiliza a letra pedida para não confundir.
Atenção Sustentada & Seletiva; Linguagem – Nomeação.	<i>Reconhecer imagem</i> Objetivo: <u>Identificar</u> se as imagens que se encontram nos quadrados abaixo, qual ou quais são idênticas à imagem-padrão.	Papel, lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Observar a imagem-padrão; 2º Observar as imagens-exemplo; 3º Identificar a imagem igual à padrão; 4º Selecionar a imagem-padrão; 5ª Nomear a categoria das imagens-exemplo.
Atenção seletiva e sustentada;	<i>Busca da Letra</i> Objetivo: <u>Observar</u> o primeiro grupo de letras de cada linha e circundar	Papel, lápis e borracha.	Repetir oralmente a informação prévia – promove uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Observar o primeiro grupo de letras-padrão;

Linguagem;	a(s) sequência(s) repetidas na mesma linha.			2º Observar os restantes grupos de letras; 3º Circundar o grupo de letras-padrão idêntico ao exemplo solicitado.
Funções Executivas – Memória de Trabalho e Sequência.				
Flexibilidade cognitiva;	<i>Comboio dos dias da semana</i>	Papel, lápis e	Verbalizar a sequência reforça a manter o foco e	1º Unir pela ordem correta os
Planeamento;	Objetivo: Com o lápis, fazer uma linha que <u>una</u> todos os dias da semana pela ordem correta.	borracha.	atenção no exercício.	dias da semana,
Atenção Sustentada;				
Memória Episódica;				
Funções Executivas (Sequência).				
Atenção Sustentada e Seletiva;	<i>À procura do 7</i> Objetivo: <u>Assinalar</u> todos os “7” que encontrar.	Papel, lápis e borracha.	Verbalizar a sequência, reforça a manter o foco e atenção no exercício.	1º Saber qual o número pedido; 2º Assinalar todos os que encontrar sem se esquecer de nenhum.
Atenção sustentada e Seletiva;	<i>Inicial da Palavra</i>	Papel, lápis e borracha.	Verbalizar a sequência, reforça a manter o foco e atenção no exercício.	1º Saber qual as letras pedidas no exemplo;

Flexibilidade cognitiva; Linguagem;	Objetivo: <u>Circundar</u> todas as palavras		2º Assinalar todas as que
	começadas por determinadas letras pedidas em cada alinha.	Elogiar envolvimento nas tarefas (autorregulação)	encontrar sem se esquecer de nenhuma.

Tabela 11

Observações da 3ª Sessão, realizada a 4 de junho de 2018

Observações
Inicialmente, evidenciou uma ligeira dispersão na atenção e impulsividade nas respostas. No que diz respeito ao domínio da atenção sustentada, sendo a necessidade de a reorientar para a atividade que estava a ser desenvolvida, embora não recorrentemente. Menciona sentir dificuldades em tarefas do dia-a-dia que envolvam um maior foco atencional. Porém, nas restantes tarefas apresentou-se mais motivada e realizou-as com maior sucesso.

Tabela 12

Plano da 4ª Sessão, realizada a 11 de junho de 2018

Domínios Cognitivos	Descrição da Tarefa	Materiais	Estratégias Cognitivas	Passos
Funções Executivas: Sequência; Organização; Planeamento; Memória Implícita; Atenção dividida.	<i>Sequência de imagens</i> Objetivo: <u>Ordenar</u> as imagens pela sequência correta, de modo a construir uma história.	Cartolina, tesoura, patafix e imagens recortadas.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização; Organizar a informação (planear e organização facilita a eficácia); Utilizar imagens (meios visuais reduz a dificuldade verbal do doente, proporciona maior capacidade de resposta)	1º Observar todas as imagens expostas; 2º Ordenar pela sequência correta; 3º Narrar a história construída, de modo a fazer sentido.
Atenção Seletiva Funções Executivas: Memória de Trabalho	<i>A busca do estímulo</i> Objetivo: <u>Escrever</u> o número da resposta correta, seguindo a lógica do “estímulo”.	Papel, lápis e borracha.	Treino (estimular a doente a ensaiar a resposta antes de a realizar, de modo a compreender o exercício e evitar possíveis erros);	1ª Observar o estímulo pedido segundo o critério (cor, número & naipe); 2ª Observar as opções de resposta (1 a 4);

			Sintetizar a informação facilitada se entendeu a instrução).	3º Selecionar e escrever a resposta;
Atenção Sustentada;	<i>Ordenar números</i>	Papel, lápis e	Verbalizar -impulsionar a doente a	1º Observar os números todos;
Funções executivas:	Objetivo: <u>Ordenar</u> os números por ordem crescente;	borracha.	usar o suporte verbal;	2º Inserir o número mais baixo ao maior;
Organização;			Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização;	
Planeamento;			Utilizar papel e lápis e o suporte verbal diminui também a dificuldade da doente, proporciona maior capacidade de resposta).	
Sequência;				
Atenção Sustentada;	<i>Ordenar números</i>	Papel, lápis e	Verbalizar -impulsionar a doente a	1º Observar os números todos;
Funções Executivas:	Objetivo: <u>Ordenar</u> os números por ordem decrescente;	borracha.	usar o suporte verbal;	2º Inserir o número maior ao mais baixo.
Organização;			Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização;	
Planeamento;			Utilizar papel e lápis e o suporte verbal diminui também a dificuldade	
Sequência				

			da doente, proporciona maior capacidade de resposta).	
Funções Executivas:	<i>Preparação do bolo</i>	Papel, lápis e borracha.	Verbalizar -impulsionar a doente a usar o suporte verbal;	1º Ler todas as afirmações;
Planeamento;	Objetivo: Encontram-se diferentes afirmações que se referem à preparação de um bolo; <u>Ordenar</u> os passos do bolo pela sua sequência.		Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização;	2ª Imaginar a preparação de um bolo;
Sequência;			Organizar a informação (planear e organização facilita a eficácia);	3ª Dizer em voz alta como prepararia;
Abstração;			Utilizar a imaginação para promover uma maior capacidade de execução da tarefa.	4º Mediante a lógica de pensamento da preparação do bolo, ordena os passos apresentados.
Memória de Trabalho;				
Memória Implícita.				
Atenção Sustentada	<i>Busca do ></i> Objetivo: <u>Circundar</u> em todos os >.	Papel, lápis e borracha.	Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Observar linha a linha e selecionar o símbolo idêntico ao solicitado na instrução.
Funções Executivas:	<i>Contas com o dominó</i>	Cartão, papel e borracha.	Verbalizar -impulsionar a doente a usar o suporte verbal;	1º Colocar todos os dominós em cima da mesa;

Sequência;	Objetivo: <u>Completar</u> o dominó que		2° Selecionar um a sua
Planeamento;	apresenta diversas contas com os	Desenvolver e manter o foco da	preferência;
Organização;	respetivos resultados.	atenção e despoletar o <i>insight</i> e a	3° Procurar o resultado e juntar a
Cálculo		automonitorização;	conta;
		Elogiar envolvimento nas tarefas	4° Continuar o exercício.
		(autorregulação).	

Tabela 13

Observações da 4ª Sessão, realizada a 11 de Junho de 2018

Observações
<p>Ao iniciar a sessão, a doente mencionou “acordei num dia menos bom”, sentia-se mais desanimada e desnorteada. Verificando-se nas tarefas aplicadas em que se perdia e não as compreendia. Após chamada a atenção, acabava por responder corretamente.</p> <p>Demonstrou uma dificuldade significativa na memória de trabalho (armazenamento da informação), uma vez que não conseguia manter “presente” o foco do exercício, tendo sido necessário repetir várias vezes a mesma informação. Nos exercícios de cálculo mental não revelou dificuldade. Para finalizar, globalmente no funcionamento executivo, mostrou uma boa capacidade de organização e planeamento da informação (apesar das suas dificuldades atuais).</p>

Tabela 14
Plano da 5ª Sessão, realizada a 25 de junho de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória verbal; Atenção alternada; Funções executivas: Sequência; Planeamento; Organização.	<i>Meses do ano</i> Objetivo: <u>Dizer</u> em voz alta os meses do ano por <u>ordem inversa</u> , <u>intercalando</u> a <u>soma</u> de 5 em 5.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização; Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir. Repetir oralmente a informação- promovendo uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Escutar o exemplo; 2º Seguir a lógica do exemplo e continuar;
Memória Verbal; Atenção alternada; Funções Executivas: Sequência	<i>Dias da Semana</i> Objetivo: <u>Dizer</u> em voz alta os dias da semana pela <u>ordem direta</u> , <u>intercalando</u> com a subtração de 3 ao nº 30.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal;	1º Escutar o exemplo; 2º Seguir a lógica do exemplo e continuar;

			Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização;	
			Repetir oralmente a informação- promove uma melhor codificação e consolidação da resposta.	
Atenção Sustentada; Funções Executivas: Memória de Trabalho.	<i>Compras</i> Objetivo: <u>Imaginar</u> que se vai às compras na semana em questão. <u>Escrever</u> uma lista de compras até 15 produtos. No final, sem olhar para a lista, compare com a outra lista para verificar quais produtos têm em comum, colocando um <i>check</i> na outra lista.	Papel, Caneta/ Lápis.	Repetir oralmente a informação- promove uma melhor codificação e consolidação da resposta; Referir pistas (facilita o acesso à informação semântica) Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Imaginar que vai ao supermercado; 2º Dizer enquanto escreve os produtos que compraria; 3º Ler 5 vezes a lista que escreveu; 4ª Ler a outra lista e comparar com a que escreveu, assinalando os produtos que tem em comum.
Memória Semântica; Atenção Seletiva; Funções Executivas: Raciocínio abstrato.	<i>Pares de imagens</i> Objetivo: <u>Corresponder</u> as imagens que melhor se associam;	Papel; Lápis; Borracha.	Referir pistas (facilita o acesso à informação semântica).	1º Observar todas as imagens; 2º Nomear as imagens; 3º Associar as imagens.

Funções Executivas: Sequência; Raciocínio abstrato; Planeamento.	<i>Planeamento de um bolo por imagens</i> Objetivo: Imaginar que se vai fazer um bolo. Observar e enumerar as imagens apresentadas com a respetiva sequência.	Papel, Lápis; Borracha.	Referir pistas (facilita o acesso à informação) Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização; Resumir informação (o doente para criar uma sequência lógica) Utilizar imagens (meios visuais reduz a dificuldade verbal do doente, proporciona maior capacidade de resposta) Ajudar na organização da tarefa, facilita o processo de encadeamento das ideias.	1º Observar todas as imagens; 2º Ordenar consoante a lógica das mesmas
Atenção alternada e dividida; Funções Executivas: Abstração.	<i>Alternar figuras</i> Objetivo: Dizer em voz alta “quadrado”, quando tiver presente um círculo e quando tiver um quadrado dizer “círculo”.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Enunciar quadrado sempre que vir um círculo e vice-versa.

Atenção alternada; Funções Executivas: Abstração.	<i>Maior número</i> Objetivo: Assinalar com um X o maior número em cada alinha.	Papel, Lápis, Borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Observar atentamente os números apresentados; 2º Colocar uma X no nº maior;
Memória semântica; Funções Executivas: Abstração.	<i>Dominó dos provérbios</i> Objetivo: Completar os dominós, segundo a lógica dos provérbios.	Papel, Cartão.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização; Desfasear os pequenos passos (trabalhar passo a passo a resposta, o momento seguinte ocorre só quando a fase anterior tiver sido feita) Autorregulação (elogiar o envolvimento contínuo na tarefa)	1º Colocar os dominós dos provérbios em cima da mesa; 2º Ler em voz alta parte de um provérbio; 3º Relacionar qual parte completa o restante do provérbio

Tabela 15

Observações da 5ª Sessão, realizada a 25 de junho de 2018

Observações
Nesta sessão, a doente demonstrou uma maior presença e interesse na atividades comparativamente às anteriores. Apresentou maior dificuldade nas atividades iniciais em que requeriam maior concentração.
De reforçar que, os pontos fortes desta sessão foram a sua rápida evocação de produtos e na comparação da lista seguinte recorrendo ao reconhecimento sem nenhum recurso a pistas. Em relação aos outros exercícios, realizou com sucesso embora superficialmente impulsiva.

Tabela 16

Plano da 6ª Sessão, realizada a 2 de Julho de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória Implícita; Atenção Sustentada; Funções Executivas Planeamento; Sequência; Organização.	<i>Sequência lógica das imagens</i> Objetivo: <u>Ordenar</u> de 1 a 4 as seguintes imagens com a respetiva sequência lógica.	Papel, Lápis; Borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Ensinar a amplificar, generalizar e transferir representações cognitivas para direcionar a ação (apoiar doente a unificar os esclarecimentos verbais com as representações visuais).	1º Observar as imagens presentes; 2º Compreender a relação entre elas; 3º Planear mentalmente a sua sequência; 4º Ordená-las.
Funções Executivas: Planeamento. Atenção Seletiva e Sustentada;	<i>Descobrir as setas</i> Objetivo: Assinalar as setas que estão viradas para o lado direito. Contabilizar quantas setas viradas para o lado direito existem.	Papel, Lápis e Borracha	Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir. Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Observar as setas linha a linha e assinalar as setas idênticas a seta-exemplo; 2º Contar quantas setas existem e registar;

Atenção Seletiva;	<i>Palavra intrusa</i>	Papel, lápis e borracha;	Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Ler em voz alta as palavras; 2º Compreender e assinalar a que não pertence.
Funções Executivas: flexibilidade de pensamento.	Objetivo: Encontrar e assinalar a palavra intrusa em cada um dos conjuntos de palavras.			
Funções Executivas:	<i>Figuras Geométricas</i>	Papel,	Repetir oralmente a informação prévia –	1º Observar as figuras
Flexibilidade de pensamento;	Objetivo: Circular todas as figuras geométricas que têm um triângulo no seu interior.	Lápis, borracha.	proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta;	atentamente;
Atenção seletiva;			Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	2ª Assinalar as imagens pedidas.
Funções Executivas: Sequência;	<i>Procurar números</i>	Papel, lápis e borracha;	Repetir oralmente a informação prévia –	1º Em cada linha, deve procurar o número pedido;
Atenção Seletiva.	Objetivo: Procurar o primeiro número da sequência. Contorná-lo. De seguida, procurar cada número pela ordem correta em cada linha.		proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta;	2º Após encontrar, continuar com o raciocínio pedido;
			Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	

Tabela 17

Observações da 6ª Sessão, realizada a 2 de Julho de 2018

Observações
Nesta sessão, averigua-se uma melhoria na rapidez de processamento na resposta referente às funções executivas (planeamento, sequência) como na identificação de palavras-intrusas. Estado de humor estável. Interessada e envolvida nas tarefas propostas.

Tabela 18

Plano da 7ª Sessão, realizada a 9 de julho de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Funções Executivas: Sequência; Planeamento; Memória de Trabalho Atenção Sustentada	Objetivo: <i>Explosão de números crescente</i> Escrever os números apresentados por ordem crescente.	Papel, lápis e borracha.	Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões)	1º Observar os números; 2º Colocá-los por ordem crescente.
Memória de Trabalho Funções Executivas: Sequência; Planeamento; Atenção Sustentada	<i>Explosão de números decrescente</i> Objetivo: Escrever os números apresentados por ordem decrescente.	Papel, lápis e borracha.	Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões)	1º Observar os números; 2º Colocá-los por ordem decrescente.
Memória de Trabalho; Funções Executivas: Sequência;	<i>Explosão de números pares e ímpares</i> Objetivo: Circular a cor-de-rosa os números ímpares e a azul os números pares.	Lápis cor-de-rosa e lápis azul;	Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões)	1º Observar os números; 2º Decifrar quais são pares;

Planeamento; Atenção Sustentada e alternada.				3º Marcar os pares a azul; 4º Decifrar quais são ímpares; 5º Marcar os ímpares a cor-de-rosa.
Memória de Trabalho; Funções Executivas: Sequência; Planeamento; Atenção Sustentada.	<i>Explosão de números</i> Objetivo: Escrever os números por ordem crescente os que se circular a cor-de-rosa.	Papel, lápis e borracha.	Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões) Organizar informação;	1º Relembrar qual categoria circulou a rosa; 2º Escrever os números pertencentes a classe cor-de-rosa por ordem crescente.
Memória de Trabalho; Funções Executivas: Sequência; Planeamento; Atenção Sustentada.	<i>Explosão de números</i> Objetivo: Escrever os números por ordem crescente os que se circular a azul.	Papel, lápis e borracha.	Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões); Organizar informação.	1º Relembrar qual categoria circulou a azul; 2º Escrever os números pertencentes a azul por ordem crescente;
Memória de Trabalho; Funções Executivas:	<i>Explosão e alternar números</i>	Papel, lápis e borracha.	Organizar informação; Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões)	1º Observar os números presentes;

Sequência; Planeamento; Organização; Atenção alternada e sustentada.	Objetivo: Completar a tabela apresentada, alternando entre os números pares e os números ímpares sem repetir nenhum número.			2º Alternar entre números pares e ímpares sem repetir nenhum número.
Memória de Trabalho; Memória Semântica; Atenção sustentada.	<i>Memória de brinquedos</i> Objetivo: Tentar memorizar os brinquedos do 1º menino e seguidamente sem ter acesso à primeira imagem, circular os brinquedos que ambos os meninos têm em comum.	Papel, lápis e borracha.	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta; Utilizar imagens (meios visuais reduz a dificuldade verbal do doente, proporciona maior capacidade de resposta).	1º Memorizar os brinquedos presentes (João); 2º Comparar os brinquedos (Rodrigo); 3º Comparar os que têm em comum; 4º Selecionar os que têm em comum.
Memória de Trabalho Atenção sustentada Cálculo	<i>Somatório de contas</i> Objetivo: Unir as contas com o respetivo resultado.	Papel; Lápis; Borracha;	Organizar informação; Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões)	1º Observar as contas existentes; 2º Mencionar as existentes; 3º Unir ao respetivo resultado;
Memória de Trabalho; Atenção sustentada.	<i>Monte de objetos</i> Objetivo: Procurar e circular nos objetos amontoados iguais ao balão de pensamento.	Caneta preta.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção	1º Observar os objetos do balão de pensamento;

e despoletar o *insight* e a
automonitorização.

2º Assinalar os objetos
no monte ao lado;

Utilizar imagens (meios visuais reduz a
dificuldade verbal do doente,
proporciona maior capacidade de
resposta).

Tabela 19

Observações da 7ª Sessão, realizada a 9 de julho de 2018

Observações
Na sessão presente, a doente exibiu facilidade em se recordar dos números pares e ímpares pelo método das cores. Considera-se uma forma de facilitar o processo de aprendizagem. No processo de memorização do objetos e ter que os sinalizar no seguinte, efetuou adequadamente, embora um ou outro objeto (bola) tivesse que questionar a categoria de desporto que pertencia a bola respondendo corretamente. As contas efetuou também adequadamente. A tarefa que manifestou mais dificuldade foi o dos montes de objetos, uma vez que não tinha estratégia de organização e planeamento, referindo “não sei bem por onde começar” e dando a indicação que poderia ser pelo topo do monte, selecionando um objeto a sua escolha e procurando-o pela cor e forma. Desta forma, mostrou mais facilidade, embora com alguma lentificação na execução do exercício e, perdendo-se no objeto que procurava. Recordando-se por pista.

Tabela 20

Plano da 8ª Sessão, realizada a 23 de julho de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória verbal imediata; Atenção seletiva.	<i>Jogo das Sílabas</i> Objetivo: Procurar as sílabas expostas.	Lápis e borracha.	Treino (estimular a doente a ensaiar a resposta antes de a realizar, de modo a compreender o exercício e evitar possíveis erros); Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta; Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Ler as sílabas; 2º Memoriza-las; 3º Tapa-las; 4º Dizer em voz alta as sílabas pretendidas; 5º Procurar e circundar as respetivas sílabas.
Memória de trabalho; Atenção seletiva Linguagem; Flexibilidade.	<i>Jogo das Sílabas</i> Objetivo: Procurar as sílabas expostas anteriormente sem acesso visual a estas.	Lápis e borracha.	Treino (estimular a doente a ensaiar a resposta antes de a realizar, de modo a compreender o exercício e evitar possíveis erros);	1º Recordar e evocar as sílabas registadas no exercício anterior;

			<p>Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta;</p> <p>Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.</p>	<p>2º Circundar as palavras que contenham as mesmas sílabas.</p>
Atenção sustentada e seletiva.	<p><i>Busca do “A”</i></p> <p>Objetivo: Procurar e assinalar apenas a letra “A”.</p>	Lápis e borracha.	<p>Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.</p>	<p>1º Procurar e riscar todos os A que encontra.</p> <p>2º Enumerar do lado direito o número de A encontrados.</p>
Atenção sustentada e seletiva	<p><i>Busca das letras exceto a “A”</i></p> <p>Objetivo: Procurar e assinalar todas as letras exceto letra “A”.</p>	Lápis e borracha.	<p>Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.</p>	<p>1ª Procurar todas as letras exceto a letra A;</p> <p>2º Relembrar que os números e a letra A não são para riscar.</p>
Atenção sustentada; Memória de trabalho;	<i>Descoberta do Caminho</i>	Lápis e borracha.	<p>Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício;</p>	<p>1º Contabilizar as contas;</p>

Cálculo.	Objetivo: Calcular o percurso do rato ate ao queijo.		Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	2º Memorizar o resultado; 3º Registrar o resultado.
			Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	
Atenção sustentada e seletiva; Memória semântica.	<i>Diferenças dos conjuntos de letras</i> Objetivo: Assinalar as diferenças das colunas.	Lápis e borracha;	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta; Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Observar a coluna da esquerda e da direita; 2º Comparar as duas colunas; 3º Assinalar as diferenças da coluna direita face a da esquerda.
Linguagem – nomeação; Memória semântica	<i>Jogo das Profissões</i> Objetivo: Nome das profissões.	Lápis e borracha.	Hierarquia de pistas semânticas (facultar uma categoria-chave ou referir a função do item que comece pela letra correspondente.	1º Ler a função da profissão; 2º Descobrir a profissão; 3º Escreve-la.

Linguagem; Fluência Verbal.	<i>Descobrir palavras</i> Objetivo: Descoberta das palavras.	Lápis e borracha.	Hierarquia de pistas semânticas (facultar uma categoria-chave ou referir a função do item que comece pela letra correspondente.	1º Descobrir a letra em falta; 2º Ler em voz alta a palavra descoberta.
--------------------------------	---	-------------------	--	--

Tabela 21

Observações da 8ª Sessão, realizada a 23 de julho de 2018

Observações
<p>Na sessão 8, a doente manifestou-se à-vontade nas tarefas propostas embora admita que exiba dificuldades em memorizar. Nos exercícios propostos, sugeriu-se que poderia ler em voz alta às vezes que fossem necessárias, de modo a facilitar este processo. Após a sua indicação que se encontrava preparada, acertou as palavras com as sílabas indicadas previamente. Lendo-as em voz alta com a tentativa de se recordar e o sentido das mesmas. No exercício de riscar as letras todas excluindo a “A”, manifestou ligeiras impulsividades nas respostas, quando interpelada, focava novamente e obtinha <i>insight</i>. Face ao cálculo, revelou certa complexidade em concretizar o exercício, contudo após pedido para tentar fixar o resultado passo a passo, tornou-se mais eficiente na sua realização.</p> <p>Nas diferenças das colunas que consistia ter um reforço da atenção, realizou com sucesso e sem qualquer dúvida. Tendo com estratégia o seu dedo indicador e a leitura das letras como seguimento. Nos exercícios de linguagem, efetuou também corretamente. O estado de humor exibiu-se menos ansioso e mais força de vontade em realizar as ditas tarefas.</p>

Tabela 22

Plano da 9ª Sessão, realizada a 25 de julho de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Atenção sustentada e seletiva; Memória de trabalho; Função executiva: Sequência; Planeamento; Organização.	<i>Sequência de figuras geométricas</i> Objetivo: <u>Completar</u> a sequência.	Lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir. Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Descobrir e assinalar a figura que completar a sequência.
Linguagem; Função executiva: flexibilidade de pensamento; Atenção sustentada; Memória Semântica.	<i>Completar categorias</i> Objetivo: <u>Completar</u> as letras nas palavras em falta e <u>inserir</u> nas respetivas categorias.	Lápis e borracha.	Aprendizagem de nova informação, com auxílio a um suporte (quadro).	1º Completar os espaços em branco das palavras 2º No final, enquadrá-las e organizá-las nas suas respetivas categorias.

Atenção sustentada e seletiva; Memória de trabalho; Função executiva: flexibilidade de pensamento	<i>O arco-íris das letras</i> Objetivo: <u>Rodear</u> as letras conforme as cores.	Lápis de cor: azul, roxo, amarelo, vermelho e verde.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões).	1º Observar letra pedida; 2º Pegar na cor correspondente; 3ª Circundar a letra pedida com a cor correspondente e assim sucessivamente.
Cálculo; Atenção sustentada.	<i>Numeração do arco-íris das cores</i> Objetivo: <u>Escrever</u> o número total de letras existentes.	Lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Completar a tabela com o nº total de letras solicitadas e apresentadas acima.
Linguagem; Memória de trabalho; Atenção sustentada; Memória Visual.	<i>Memorização das palavras</i> Objetivo: <u>Leitura</u> das palavras.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os	1º Ler 5 vezes, se necessário ler mais uma ou duas vezes, as palavras apresentadas.

		seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.		
Memória Visual; Memória de trabalho; Atenção sustentada.	<i>Memorização das palavras</i> Objetivo: <u>Recordar</u> com imagens	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Utilizar imagens (meios visuais reduz a dificuldade verbal do doente, proporciona maior capacidade de resposta) Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Observar as imagens expostas; 2º Selecionar as imagens que se recordar;

Tabela 23

Observações da 9ª Sessão, realizada a 25 de julho de 2018

Observações
Do que tem vindo a ser habitual, a paciente mostrou-se colaborante e entusiasmada. No decorrer dos exercícios não é tao frequente a “fuga” da atenção, demonstrando uma maior envolvimento nas tarefas. De modo geral, exibiu facilidade em realizar o exercício em completar a sequência que antes, demonstrava dificuldade. Também revelou maior facilidade em memorizar sem ter sido necessário recorrer a ajudas externas. Gradualmente, averigua-se um maior entusiasmo e na resolução das tarefas, a paciente aplica estratégias, de modo a simplificar a sua execução.

Tabela 24

Plano da 10ª Sessão, realizada a 30 de julho de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória Verbal; Memória Semântica; Linguagem; Atenção sustentada.	<i>Formação de palavras</i> Objetivo: <u>Formar</u> palavras mediante a pista categórica	-	Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões); Aprender (estimular a responder “não sei”, em vez de adivinhar respostas; habilitar que pode solicitar pistas até descobrir a palavra).	1º Escutar atentamente a instrução categórica; 2º Mencionar o objeto subjacente a sua escolha.
Memória de trabalho; Cálculo; Atenção sustentada.	<i>Multiplicação de flores</i> Objetivo: <u>Multiplicar</u> os valores	Lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as	1º Compreender o seguimento da multiplicação presente; 2. Multiplicar os valores até ao resultado final.

			respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	
Atenção sustentada e dividida; Memória de trabalho.	<i>Batida do “A”</i> Objetivo: <u>Batida</u> ao escutar a letra “A”	-	Treino (estimular a doente a ensaiar a resposta antes de a realizar, de modo a compreender o exercício e evitar possíveis erros).	1º Prestar atenção a instrução; 2º Bater com a palma da mão sempre que escutar a letra A.
Linguagem; Fluência Verbal; Memória verbal e semântica; Atenção sustentada;	<i>Palavras correspondentes a letras</i> Objetivo: <u>Mencionar</u> palavras iniciadas por uma determinada letra	-	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Escutar a instrução atentamente; 2º Dizer palavras sejam elas nome próprios ou comuns começadas por uma determinada letra – no máximo 5 (S, T e P).
Memória verbal; Abstração.	<i>Semelhanças de utensílios</i> Objetivo: Referir semelhanças entre os utensílios.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Escutar a instrução atentamente; 2º Mencionar as semelhanças entre cada par de utensílios.

Memória de trabalho; Funções executivas: flexibilidade de pensamento; Planeamento; Sequência; Atenção sustentada e alternada.	<i>Ordenar por cores</i> Objetivo: <u>Unir</u> ordem crescente	Lápis amarelo, azul e vermelho.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Unir os círculos pela ordem crescente e pelas respetivas cores: amarelo, azul e vermelho.
Linguagem; Fluência Verbal; Atenção sustentada; Memória verbal e semântica;	<i>Tipos de Desportos</i> Objetivo: <u>Referir</u> exemplos das categorias mencionadas.	-	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Referir exemplos de desportos, profissões e peças de vestuário até 10 exemplos.
Atenção sustentada; Perceção visuo- construtiva. Memória de trabalho;	<i>Copos e as bolas das cores</i> Objetivo: Construção de exemplos iguais apresentados no momento.	Copos de plástico e plasticina de várias cores.	Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os	1º Observar o exemplo contruído pelo examinador 10 segundos; 2º Nomear cores;

Linguagem- nomeação	corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	3ª Construir um exemplo igual ao proposto; 4º Mencionar as cores colocadas; 5º Retirar todas as bolas da vista da doente; 5º A doente deve dizer as cores que estavam presentes antes de serem retiradas da sua vista; 6º Voltar ao exercício;
---------------------	--	--

Tabela 25

Observações da 10ª Sessão, realizada a 30 de julho de 2018

Observações
<p>Ao longo da sessão, apresentou-se concentrada e interessada na execução das tarefas propostas. De destacar que, os pontos fortes desta sessão foram a facilidade e rápida velocidade de processamento na evocação de palavras perante as categorias pedidas como também na evocação de palavras começadas por uma dada letra, tendo patenteado maior dificuldade na letra “P” do terceiro exercício; Em relação ao exercício das semelhanças, particularmente no domínio da abstração necessitou de recurso de estratégias em alguns tópicos devido a dificuldade em evocar e na sua redundância face às ideias.</p> <p>No exercício do preenchimento dos copos, sentiu-se entusiasmada por os objetos em forma de bola serem fáceis de agarrar e facilitando o seu processo de aprendizagem em termos de re-construção seguido de um período de 10 segundo de observação. Manifestou dificuldade no reconhecimento das cores, segundo a doente devido “ao meu problema na rutura ótica, penso que é assim que se diz. Sei as cores, mas neste caso, as vezes confundo, penso que seja por causa desse problema”.</p>

Tabela 26

Plano da 11ª Sessão, realizada a 1 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Atenção sustentada e seletiva; Memória de trabalho; Função executiva: Sequência Planeamento Organização	<i>Diferenças das figuras</i> Objetivo: <u>Selecionar</u> a(s) figura(s) diferentes nos quadros.	Lápis e borracha.	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Observar com atenção os dois quadros; 2º Verificar cada alinha as figuras apresentadas. 3º Selecionar a(s) figura(s) do quadro a direita que estão em posições trocadas.
Funções executivas: Flexibilidade de pensamento; Atenção seletiva; Memória semântica; Linguagem;	<i>Antónimos</i> Objetivo: <u>Mencionar</u> a palavra oposta a pedida.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Escutar com atenção a palavra referida; 2º Mencionar a palavra contrária a presente.

Funções executivas; Flexibilidade de pensamento; Atenção sustentada; Memória verbal;	<i>Associação de palavras</i> Objetivo: <u>Riscar</u> palavra associada a palavra-chave	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Ler em voz alta a palavra-chave e as restantes; 2º Selecionar a palavra relacionada com a palavra-chave.
Linguagem Memória verbal	<i>Formar palavras</i> Objetivo: <u>Indicar</u> palavras começadas com “La” e “Pe”.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Escutar atentamente a instrução; 2º Mencionar palavras começadas com “La” e com “Pe” no máximo: 7.
Funções executivas; Flexibilidade de pensamento; Abstração; Memória de trabalho.	<i>Item não-pertencente</i> Objetivo: <u>Indicar</u> objeto/situação que não se precisa.	Lápis e borracha	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Ler em voz alta a instrução e as respetivas opções; 2º Assinalar a que não faz sentido na situação indicada.

				Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.
Memória de trabalho; Memória semântica e visual; Atenção sustentada e seletiva; Linguagem.	<i>Esconde-objetos</i> Objetivo: <u>Selecionar</u> a imagem que se recorda	Lápis e borracha	Utilizar imagens (meios visuais reduz a dificuldade verbal do doente, proporciona maior capacidade de resposta)	1º Nomear os objetos presentes várias vezes; 2º Tapar os objetos; 3º Selecionar os objetos que se recorda a medida que os nomeia.

Tabela 27

Observações da 11ª Sessão, realizada a 1 de agosto de 2018

Observações
Compareceu à sessão com um humor eutímico, porém nos exercícios mais direcionados para as funções executivas demonstrou não necessitar de pistas e mostrando foco e interesse em querer responder corretamente. Na memória de trabalho e na nomeação, demonstrou facilidade em recordar dos que se encontravam previamente, graças as pistas que própria ia mencionando ao indicar qual era e a respetiva função. Demonstrando satisfação perante o alcançado, citando que “antes não conseguia bem lembrar-me, mas ao dizer para que serve, parece mais fácil em lembrar-me do que aparecia antes, não é?”

Tabela 28

Plano da 12ª Sessão, realizada a 6 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Linguagem; Memória semântica e verbal; Atenção sustentada; Fluência verbal.	<i>Palavras & Categorias</i> Objetivo: <u>Evocar</u> palavras relacionadas com as categorias.	-	Pistas semânticas e fonémicas. “Começa pela letra ...e/ou pelo fonema...”.	1º Escutar a categoria pedida; 2º Responder em voz alta as palavras relacionadas com as categorias presentes.
Orientação espacial; Atenção dividida; Função Executiva: Planeamento; Flexibilidade de pensamento; Abstração.	<i>Mapa da orientação espacial</i> Objetivo: <u>Desenhar</u> o caminho mais perto.	Lápis azul e castanho.	Pistas Verbais; Ditar a informação oralmente (promove uma melhor orientação)	1º Observar o mapa e os respetivos locais sinalizados; 2º Observar a localização da casa do Lucas e da sua avó; 3º Traçar o caminho que parece mais perto da casa do Lucas para a da avó a cor azul; 4º Observar a localização da casa da avó e do Hospital; 5º Traçar a cor azul o percurso mais perto da casa da avó para o hospital.
Linguagem; Memória semântica;	<i>Evocar</i>	-		1º Dizer em voz alta 5 nomes de alimentos que se podem comer crus,

Fluência Verbal.	Objetivo: <u>Evocar</u> nomes de alimentos específicos e de jogos tradicionais		Pistas semânticas e fonéticas. “Começa pela letra ...e/ou pelo fonema...”; Elogiar envolvimento nas tarefas (autorregulação)	que sejam de cor roxa e de jogos tradicionais.
Atenção sustentada; Linguagem; Memória Episódica.	<i>Nome próprio</i> Objetivo: <u>Escrever</u> o primeiro nome	Lápis de cor, lápis e borracha.	- Elogiar envolvimento nas tarefas (autorregulação)	1º Escrever o seu nome; 2º Soletrar e escrever cada letra do seu nome em cada estrela; 3º Pintar com uma cor a sua escolha, cada letra correspondente ao seu nome;
Atenção sustentada; Organização visuoconstrutiva; Funções executivas: sequência; planeamento; organização;	<i>Paus das cores</i> Objetivo: <u>Organizar</u> mediante os exemplos.	Paus com as cores: azul; roxo; amarelo, verde e laranja.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Mencionar as cores dos paus; 2º Observar o exemplo exposto; 3º Pegar nos paus com as respetivas cores; 4º Colocar pela mesma apresentação;

Atenção; Funções executivas.	<i>Percurso até Casa</i> Objetivo: <u>Selecionar</u> o percurso adequado.	Lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. automonitorização) Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	1º Observar qual o caminho adequado; 2º Circular o correto.
Cálculo; Funções Executivas; Atenção.	<i>Cálculo dos percursos</i> Objetivo: <u>Cálculo</u> total dos percursos solicitados.	Lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. automonitorização). Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os	1º Ler as instruções; 2º Calcular os percursos pedidos.

corretos para caso existam erros, os
possa corrigir.

Tabela 29

Observações da 12ª Sessão, realizada a 6 de agosto de 2018

Observações
<p>Ao longo das sessões, tem-se sentido um acréscimo da motivação e colaboração por parte da doente. No decorrer dos exercícios, sentiu mais dificuldade na evocação dos alimentos mais específico sendo necessário recorrer a pistas categóricas e/ou fonémicas. Demonstrando uma maior autoconfiança na sua realização embora uma pontual ansiedade e impulsividade nas respostas. Após algumas dicas, conseguiu realizar com maior efetividade. Referente a sequência dos paus das cores, mencionou maior facilidade em compreender as cores e a nomeá-las por serem “cores mesmo diferentes”, pois refere consecutivamente o problema da vista que tem dificultado as suas AVDS, como a leitura recorrendo a locais com maior luminosidade. Nomeou corretamente as cores e a respetiva sequência, apesar de por vezes ter que se auxiliar na posição destes, visto que a psicomotricidade fina sofreu com os surtos da doença. No exercício do percurso, apresentou dificuldades no que concerne a atenção sustentada sendo necessário reorienta-la para a atividade e com as respetivas pistas que demonstrou <i>insight</i> ao ser chamada a atenção. No que toca ao domínio do cálculo, a doente demonstrou facilidade na sua solução, contudo distraia-se da mesma forma quando consistia em ler e compreender a instrução fazendo-o impulsivamente e apelada em reler a mesma. Globalmente, pela postura da doente, revelou mais entusiasmo e vontade de executar os exercícios propostos.</p>

Tabela 30

Plano da 13ª Sessão, realizada a 8 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Linguagem; Memória Semântica e verbal; Atenção sustentada. Funções Executivas: flexibilidade de pensamento; Abstração.	<i>Construção de palavras</i> Objetivo: Base de uma palavra e <u>construção</u> de outras através dessas letras.	Lápis e borracha	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização. Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Ler a palavra principal; 2º Construir 9 palavras a partir da principal.
Linguagem; Memória Semântica e verbal; Atenção sustentada	<i>Palavra e a cor correspondente</i> Objetivo: <u>Unir</u> com a respetiva <u>associação</u> de palavras.	Lápis e borracha	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Ler as duas colunas de palavras; 2º Associar as palavras da coluna da esquerda com as da direita e ligá-las.

Funções Executivas: Flexibilidade de pensamento; Abstração;			Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta;	
Cálculo; Atenção sustentada e seletiva;	<i>Figuras Geométricas</i> Objetivo: <u>Contabilizar</u> figuras geométricas.	Lápis e borracha	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Nomear a figura geométrica presente; 2º Contabilizar figura geométrica um a um e totalizar.
Funções executivas: Flexibilidade de pensamento.				
Memória semântica e verbal; Memória de trabalho; Linguagem; Atenção sustentada e dividida.	<i>Jogo das Palavras</i> Objetivo: <u>Memorizar</u> e <u>Recordar</u> as Palavras	-	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta;	1º Ler as palavras em voz alta 5 vezes de modo a memorizá-las; 2º Responder as questões, recordando as palavras lidas anteriormente.
Atenção sustentada; Linguagem; Fluência Verbal; Memória Visual e verbal.	<i>Baralho de objetos</i> Objetivo: <u>Nomear</u> as imagens presentes.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Observar e nomear as imagens presentes; 2ª Responder as questões associando com as imagens acima.

			Fornecer pistas (facilita o acesso à informação semântica; e.g. forma uma palavra com a letra em causa para ajudar na evocação)	
Linguagem – nomeação; Memória semântica e visual; Atenção sustentada e alternada.	<i>Construção de frases com os desenhos</i> Objetivo: <u>Construção</u> de frases com os desenhos.	Lápis Borracha	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização; Fornecer pistas (facilita o acesso à informação semântica; e.g., forma uma palavra com a letra em causa para ajudar na evocação); Elogiar envolvimento nas tarefas (autorregulação).	1º Observar os desenhos; 2º Evocar os nomes dos desenhos; 3º Construção de frases com os mesmos desenhos. 4º Selecionar de memória das palavras presentes quais eram as referentes as imagens anteriores.
Funções executivas: Abstração; Linguagem – nomeação;	<i>Objetos quebráveis</i> Objetivo: <u>Marcar</u> objetos que podem quebrar.	Lápis	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Observar e nomear as imagens presentes; 2º Marcar com um X as que se podem quebrar caso caiam ao chão.

Memória semântica e
verbal.
Atenção sustentada.

Tabela 31

Observações da 13ª Sessão, realizada a 8 de agosto de 2018

Observações
Compareceu a sessão com um humor eutímico, contudo sentia-se cansada referindo que “ não dormi muito bem esta noite” e que sentia a perna mais “presa” tendo maior dificuldade de mobilidade devido ao “calor”. Após, revelar as dificuldades presentes, sentia-se mais preparada e interessada em iniciar a sessão. Ao longo desta, apresentou facilidade na compreensão do que foi proposto. A nível da memória, em relação às palavras que tinha de memorizar e depois recordá-las apresentou uma melhoria, uma vez que não existiu a necessidade de recorrer a pistas, conseguindo realizar sozinha e corretamente a tarefa.

Tabela 32

Plano da 14ª Sessão, realizada a 13 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Funções Executivas: Flexibilidade de pensamento; Memória de Trabalho; Atenção sustentada;	<i>Sequência de números</i> Objetivo: <u>Repetir</u> oralmente por <u>ordem direta e inversa</u> as sequências apresentadas.	-	Aprender (estimular a responder “não sei”, em vez de adivinhar respostas; habilitar que pode solicitar pistas até descobrir a palavra) Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Ouvir com atenção a sequência de nºs; 2º Repetir a sequência de nºs por ordem direta; 3º Ouvir com atenção novamente outro conjunto de nºs; 4º Repetir a sequência de nºs por ordem inversa.
Atenção sustentada; Funções Executivas: flexibilidade de pensamento; Memória de trabalho; Cálculo.	<i>Atenção aos Círculos</i> Objetivo: <u>Observar</u> com atenção os círculos e <u>responder</u> às respetivas questões.	Lápis, lápis de cor azul; lápis de cor amarelo; lápis de cor vermelho; lápis de cor verde.	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta;	1º Observar o círculo e pintar da cor que é pedida; 2º Colocar o nº de círculos existente num determinado quadro; 3ª Colocar a localização dos círculos pedidos.
	<i>Sequência lógica dos nomes</i>		Organizar informação;	1º Escutar a instrução e o exemplo dado;

Funções Executivas: flexibilidade de pensamento; Sequência; Planeamento; Organização; Abstração; Atenção sustentada; Memória Verbal.	Objetivo: <u>Ordenar</u> as palavras segundo uma sequência lógica.	-	Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.	2º Ordenar verbalmente as palavras para obter uma lógica.
Linguagem Memória Semântica;	<i>Utilidade dos Objetos</i> Objetivo: <u>Definir</u> a <u>utilidade</u> dos objetos	Lápis, borracha	Simplificar informação (e.g., sublinhar os conceitos-chave das questões).	1º Escrever a utilidade de cada objeto; 2º Mencionar que pelo menos dois objetos servem para duas situações distintas.
Funções Executivas: Abstração; Planeamento; Flexibilidade de pensamento; Memória Semântica Atenção sustentada.	<i>Não se deve</i> Objetivo: <u>Riscar</u> a palavra que <u>relacionadas</u> com o acontecimento	Lápis, borracha.	Resumir informação (a doente deve resumir o que está sendo solicitado possibilita verificar se entendeu a instrução).	1º Ler as situações descritas; 2ª Riscar a palavra que não se associa com a respetiva situação.
Cálculo	<i>Símbolos e o seu valor</i>	Lápis, borracha		

<p>Funções Executivas: Flexibilidade de pensamento;</p>	<p>Objetivo: <u>Resolver</u> as operações aritméticas.</p>	<p>Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.</p>	<p>1º Observar os símbolos e o valor correspondente; 2º Colocar um a um o valor do respetivo símbolo; 3º Calcular a operação aritmética (Somar e subtrair)</p>
<p>Cálculo; Funções Executivas: Flexibilidade de pensamento.</p>	<p><i>Jogos de contas com os números</i> Objetivo: <u>Calcular</u> as contas propostas.</p>	<p>Lápis; borracha. Confirmar - Ao finalizar a atividade, a doente revê as respostas: estimula-a a compreender os seus erros e os corretos para caso existam erros, os possa corrigir.</p>	<p>1º Observar os números e os cálculos pedidos; 2ª Realizar o respetivo cálculo.</p>

Tabela 33

Observações da 14ª Sessão, realizada a 13 de agosto de 2018

Observações
<p>Apresentou-se na sessão 14, bem-disposta e com interesse na respetiva sessão e nas tarefas que se iam realizar. Relativamente a sequência de n°s por ordem direta realizou corretamente e sem dúvidas, no entanto quando se apresentou a sequência pela ordem inversa demonstrou maior inquietude e dificuldade. Sendo assim, foi-lhe explicado que certos exercícios também iam elevando face ao seu grau de dificuldade de maneira a também se poder compreender as suas maiores hesitações e complicações.</p> <p>Demonstrou uma maior organização na execução das tarefas, respondendo menos impulsiva e com maior concentração ao solicitado. Leu a instrução completa, observou e pegava no respetivo lápis de cor, perguntando com objetivo de validação se o estava a realizar correto o exercícios dos círculos.</p> <p>No exercício da ordenação das palavras por sequência lógica, revelou eficácia na resposta.</p> <p>Na definição da utilidade dos objetos, apresentou flexibilidade de pensamento quando questionada para que servia dado objeto para além da situação descrita. Também face as circunstâncias descritas também apresentou uma boa velocidade de processamento mediante as palavras que não se encontravam associadas com estas.</p> <p>Nos cálculos, exibiu maior dificuldade de concentração uma vez que tinha de associar os símbolos com os respetivos números. Esquecia-se de imediato, sendo-lhe pedido para apontar com o seu dedo indicador, de modo a se situar e facilitar melhor em termos de resolução de cálculo, conduzindo a um maior estado de calma e de confiança da doente.</p>

Tabela 34

Plano da 15ª Sessão, realizada a 15 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Atenção sustentada e dividida; Memória Verbal.	<i>Concentração com os números</i> Objetivo: <u>Responder</u> aos números pedidos	-	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Ouvir com atenção as instruções; 2º Responder ao solicitado mantendo a atenção.
Memória Semântica e Verbal; Linguagem; Fluência Verbal.	<i>Profissões</i> Objetivo: <u>Nomear</u> as profissões	-	Pistas Verbais; Ditar a informação oralmente (promove uma melhor orientação).	1º Escutar a atividade; 2º Referir o profissional da respetiva atividade.
Atenção sustentada e dividida; Memória de Trabalho;	<i>Figuras Idênticas</i> Objetivo: <u>Assinalar</u> a mesma figura	Lápis e borracha	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício;	1º Observar a figura padrão; 2º Assinalar a figura idêntica a figura padrão.
Funções Executivas: Flexibilidade de pensamento;			Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	

Memória Semântica e Verbal; Linguagem; Fluência Verbal.	<i>Palavras Soltas</i> Objetivo: <u>Evocação</u> das categorias pedidas	-	Hierarquia de pistas semânticas (facultar uma categoria-chave ou referir a função do item que comece pela letra correspondente.	1º Escutar atentamente a categoria mencionada; 2º Referir 10 palavras subjacente a categoria.
Atenção sustentada; Cálculo; Funções executivas: Flexibilidade de pensamento.	<i>O quadrado</i> Objetivo: <u>Seleção</u> do quadrado	Lápis e borracha	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Assinalar todos os quadrados preenchidos a negro, presentes abaixo; 2º Anotar o nº de quadrados preenchidos a negro abaixo por fila; 3º <u>Calcular</u> o nº de quadrados preenchidos a negro e anotar o resultado total.
Atenção sustentada e dividida; Memória Semântica; Funções executivas: Flexibilidade de pensamento.	<i>Meses do ano</i> Objetivo: <u>Circundar</u> os meses do ano pela <u>ordem</u> <u>correta</u>	Marcador laranja	Organizar informação;	1º Procurar o primeiro mês do ano 2º sublinhar com o marcador laranja; 3º Procurar o seguinte mês e assim sucessivamente, sublinhando-os.

Tabela 35

Observações da 15ª Sessão, realizada a 15 de agosto de 2018

Observações
<p>A doente nesta sessão apresentou-se focada e motivada com as tarefas propostas e revelando maior facilidade em evocar nomes de animais selvagens quando a própria refere “estou-me a lembrar de todos os que já vi no Jardim zoológico”, sentindo-se reforçada e motivada verbalmente ao longo de toda a sessão “muito bem”, “ se for mais fácil para si, claro que sim”. Na categoria das árvores, sentiu pontual dificuldade no início da tarefa, em que foi dada a pista que poderia utilizar nomes de frutos, tornando a tarefa mais acessível.</p> <p>Do exercício em assinalar os quadrados preenchidos a negro, por vezes tinha dificuldade em manter a atenção que eram somente os quadrados preenchidos a negro, daí a pertinência em realizar o exercício a lápis e com borracha, de modo a poder apagar em caso de erro ou de dúvida, alertando sempre que necessário para rever a instrução e a doente tinha insight, retorquindo “pois é, tem razão são só os pintados a preto”.</p> <p>Sobre os meses do ano teve uma ligeira dificuldade em manter a instrução que teriam que estar pela mesma ordem, sendo apelada para se recordar da instrução inicial, mas após isso, executou com sucesso e sem nenhuma dificuldade. Por vezes, dizia os meses do ano em voz alta (para si mesma), de maneira a não se perder no raciocínio e a cor laranja do marcador mostrou-me uma boa ajuda em termos de fixar o último mês que tinha sublinhado.</p>

Tabela 36

Plano da 16ª Sessão, realizada a 20 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória Semântica; Atenção sustentada e seletiva.	<i>Texto e perguntas</i> Objetivo: Responder as perguntas do texto	-	Organizar informação (lançar estratégias com planeamento e organização facilita a eficácia da doente).	1º Lê-se o texto duas vezes oralmente para a doente pedindo que esteja atenta, porque seguidamente se irão fazer algumas questões. 2ª Faz-se as questões e a doente tem de responder curtamente ao que é pedido. Caso não se recorde, tem que se dar opção múltipla, de modo a que a doente responda ao que se recorda.
Memoria semântica; Linguagem; Atenção sustentada e dividida; Funções executivas: Flexibilidade de pensamento; Abstração.	<i>Objetos inadequados</i> Objetivo: Verbalmente dizer o objeto inadequado	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º A medida que a avaliadora lê a lista de objetos de uma dada situação e/ou contexto a doente tem de referir qual não se interliga com estas.
Linguagem; Fluência Verbal;	<i>Produtos nos seus estabelecimentos</i>	-	Hierarquia de pistas semânticas (facultar uma	1º Referir todos os produtos quer alimentares quer escolares que se recorda.

Memória Semântica; Atenção sustentada.	Objetivo: Evocar produtos nos diversos locais de compra		categoria-chave ou referir a função do item que comece pela letra correspondente.	
Cálculo Atenção sustentada e dividida;	<i>Compras de Vestuário</i> Objetivo: <u>Calcular</u> peças de vestuário	Lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício;	1º Responder atentamente as perguntas referentes as peças de vestuário;
Funções Executivas: planeamento.			Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	
Funções Executivas: abstração;	<i>Objetos Redondos</i> Objetivo: <u>Destacar</u> os objetos redondos.	Lápis e borracha.	Organizar a informação (lançar estratégias com planeamento e organização facilita a eficácia).	1º Nomear os objetos; 2º Assinalar os objetos redondos.
Linguagem - nomeação; Atenção sustentada;				
Função Executiva: sequência; Planeamento;	<i>Dominós</i> Objetivo: <u>Completar</u> a sequência lógica dos dominós.	Lápis e borracha.	Organização da informação (lançar estratégias com planeamento e organização facilita a eficácia)	1º Observar a primeira fila de dominós e compreender a lógica da sequência; 2º Se necessário, em caso de dúvidas na realização do exercício, dizer em voz alta o número presente de pontos negros em cada

Atenção sustentada e alternada; Cálculo.				dominó para que compreenda a sua respetiva lógica. 3º Completar a sequência de cada fila de dominós um a um.
Memória de trabalho; Atenção sustentada Linguagem.	<i>Lista de palavras</i> Objetivo: <u>Repetir</u> a lista de palavras por <u>qualquer ordem</u> .	-	Hierarquia de pistas semânticas (facultar uma categoria-chave ou referir a função do item que comece pela letra correspondente.	1º Escutar a lista de palavras atentamente; 2º Evocar as palavras que se recorda; 3º Rer a lista 2 vezes; 4º Evocar a lista novamente,

Tabela 37

Observações da 16ª Sessão, realizada a 20 de agosto de 2018

Observações
<p>No exercício da história e as respetivas questões, apenas apresentou dificuldade nas horas e que deveriam chegar os convidados e quem eram recordando-se quando havia opção de escolha múltipla “sete ou nove da noite?” e “familiares ou amigos?” Respondendo imediatamente e corretamente. Em relação aos objetos inadequados, a doente demonstrou um pensamento flexível em relação a alguns deles, tendo a necessidade de justificar como por exemplo o batom de cieiro e os óculos de sol que reforçou “esses dois podem ser utilizados no verão e no inverno, pois são para nos protegermos”. Demonstrando uma motivação complementar a tarefa proposta, que a nível qualitativo também bastante pertinente.</p> <p>Os produtos nos diversos estabelecimentos exibiu mais dificuldade na componente da pastelaria justificando que “não gosto muito de ir a pastelaria, só gosto de croissants”. Necessitando da avaliadora reforçar que se fosse comprar para a sua filha o que gostaria de comprar, facilitando o processo de recordação.</p> <p>No exercício das peças de vestuário, não apresenta dificuldades no cálculo, porém apresenta mais em manter a atenção, conseguindo remeter ao exercício por si mesma e o dedo indicador sendo uma forma de guiar a sua atenção.</p>

No exercício da sequência lógica dos dominós, apresentou maior dificuldade na realização do exercício, apelou-se o facto de poder dividir o dominó a meio, realizando a tarefa metade a metade, tornando-se mais simples e compreensível na sua execução.

Na lista de palavras, nas duas primeiras leituras a doente apenas se recordou de 4/5, aperfeiçoando na última leitura, recordando-se espontaneamente de todas na última coluna sem qualquer género de ajuda.

Tabela 38

Plano da 17ª Sessão, realizada a 22 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Memória de Trabalho; Atenção sustentada e dividida; Linguagem – nomeação.	<i>Objetos</i> Objetivo: Nomear & outras Tarefas	Chaves, caixa, postal, Livro, bola, saco de plástico e pano.	Ensinar a amplificar, generalizar e transferir representações cognitivas para direcionar a ação (apoiar doente a unificar os esclarecimentos verbais com as representações visuais).	1º Nomear os objetos presentes na mesa; 2º Realizar as instruções pedidas dos objetos presentes e escondidos.
Atenção sustentada; Memória de Trabalho.	<i>Figura-Padrão</i> Objetivo: Assinalar figura idêntica a figura padrão.	Lápis e borracha.	Utilizar imagens (meios visuais reduz a dificuldade verbal do doente, proporciona maior capacidade de resposta).	1º Observar com atenção a figura-padrão; 2º Assinalar a figura idêntica a inicial.
Linguagem; Funções Executivas: Flexibilidade de pensamento; Sequência;	<i>Ordenação de frases</i> Objetivo: Ordenar frases com o respetivo sentido	Lápis e borracha.	Organizar a informação (lançar mão de estratégias de planeamento e organização facilita a eficácia da doente).	1º Ler a instrução e observar o exemplo; 2º Ler as palavras; 3º Construir oralmente a frase; 3º Escrever a frase ordenada adequadamente.

Planeamento; Organização.				
Atenção dividida; Linguagem-nomeação; Memória visual imediate.	<i>Objetos em seu redor</i> Objetivo: Nomear objetos em seu redor.	-	Ensinar a amplificar, generalizar e transferir representações cognitivas para direcionar a ação (apoiar doente a unificar os esclarecimentos verbais com as representações visuais).	1º Observar objetos em seu redor; 2º Nomeá-los;
Linguagem; Memória Verbal; Memória Semântica; Memória de Trabalho.	<i>Palavras terminadas em: -ao; -ir; -ar;</i> Objetivo: Evocar palavras que terminem em (-ao; - -ir, -ar)	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Escutar qual a sílaba; 2º Evocar todas as palavras que se recordar (próprios/comuns) que terminem em (-ao; - ir; - ar).
Linguagem; Funções executivas: Flexibilidade de pensamento;	<i>Ordenação de palavras</i> Objetivo: Ordenar palavras por uma sequência lógica	-	Organizar a informação (lançar mão de estratégias de planeamento	1º Ler as palavras pedidas; 2º Ordenar oralmente as palavras por uma respetiva lógica.

Sequência;	e organização facilita a
Planeamento;	eficácia da doente).
Organização	
Memória semântica	

Tabela 39

Observações da 17ª Sessão, realizada a 22 de agosto de 2018

Observações
Face a esta sessão, a doente revelou ter dormido mal devido ao calor. Contudo, também se verificou que sente mais facilidade e envolvimento na tarefa quando também manipula os objetos (pega e nomeia), executando acertadamente e sem dificuldades na nomeação, memorização e evocação dos mesmos.
Na tarefa em que tinha de assinalar, errou apenas duas por responder impulsivamente, sendo chamada a atenção “observe melhor a figura padrão e a figura que indicou, serão exatamente iguais? Na sua posição?” E depois da chamada da atenção realizou corretamente.
No ordenar das frases em que existe um planeamento e uma organização, de modo a que a frase obtenha sentido, a doente não sentiu dificuldade, realizando o exercício sem necessitar qualquer género de auxílio/pista externa. Sendo reforçada pelo abano da cabeça a demonstrar confiança e que poderia prosseguir com a tarefa.
O exercício em que tinha que nomear os objetos a sua volta demonstrou rápida velocidade de processamento na nomeação de objetos.
No das palavras que terminem com (-ao; -ir; - ar), a doente mostrou-se mais cansada e desinteressada, referindo novamente que “custa-me a pensar, não dormi tao bem”, daí a necessidade de pistas verbais como “podem ser nomes próprios, por exemplo começados com a letra J ou até verbos”. Ao ter este apoio, a doente apresentou-me mais predisposta em continuar com a tarefa.
No último exercício, mostrou também facilidade e rapidez nas respostas pretendidas.

Tabela 40

Plano da 18ª Sessão, realizada a 27 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Atenção sustentada; Linguagem; Memória episódica.	<i>Texto sobre a Saúde Mental</i> Objetivo: Ler o texto e responder questões sobre a Saúde Mental	Lápis e borracha.	Organizar a informação; Repetir a informação (facilitando uma melhor codificação).	1º Ler o texto pela primeira vez em voz alta. 2º Sublinhar todos os “S” que encontrar; 3º Relembrar o tema central do texto e opinião se concorda com a definição e o seu ponto de vista sobre este tema; 4ª Mencionar qual o indicador de falta de saúde mental.
Memória semântica; Linguagem; Atenção sustentada; Funções executivas: Flexibilidade de pensamento; Abstração.	<i>Imagens “T”</i> Objetivo: Imagens começadas com T.	Lápis e borracha.	Hierarquia de pistas/traços semânticos (fornecer uma categoria-alvo ou referir a função de algo que comece pela letra indicada.	1º À medida que vai observando as imagens, nomeia-as e assinala as que começam com a letra T.
Abstração; Linguagem; Memória semântica.	<i>Provérbios Populares</i> Objetivo: Completar e explicar os Provérbios.	-	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Completar em voz alta os provérbios; 2º Explicar o significado de cada um dos provérbios.

Cálculo; Atenção dividida e sustentada; Memória visual.	<i>Figuras Existentes</i> Objetivo: Apontar e escrever a quantidade de cada figura	Lápis e borracha.	Organizar a informação (lançar mão de estratégias de planeamento e organização facilita a eficácia da resolução).	1º À medida que anota o nº de figuras existentes deve quantificar as mesmas, registando-as.
Memória semântica; Funções executivas: Flexibilidade de pensamento.	<i>Personagens Famosas</i> Objetivo: Associar a área e o respetivo nome das celebridades	Lápis e borracha.	Utilizar imagens (meios visuais reduz a dificuldade verbal do doente, proporciona maior capacidade de resposta) Organizar a informação (lançar mão de estratégias de planeamento e organização facilita a eficiência do paciente) resolução).	1º Observar as imagens e ler as legendas; 2ª Associar a imagem com o respetivo nome e respetiva área profissional.

Tabela 41

Observações da 18ª sessão, realizada a 27 de agosto de 2018

Observações
<p>A doente apresentou-se bem-disposta a consulta. Também se verificou que sente mais facilidade e envolvimento na tarefa quando reforçada.</p> <p>Na tarefa em que tinha de sublinhar todos os “S”, conseguiu realizá-la praticamente sozinha toda sem ser chamada a atenção quando se esquecia de algum.</p> <p>Não apresentou dificuldades na nomeação das imagens nem no assinalar nas respetivas que iniciassem pela letra T. No completar dos provérbios e a sua respetiva interpretação executou corretamente sem dúvidas.</p> <p>No exercício em que tinha que apontar e contar as figuras, demonstrou organização e planeamento sem recorrer a pistas externas, executando-a com sucesso. Tendo em conta que era um dos géneros de exercícios que demonstrava maior ansiedade e desorganização ao iniciar a tarefa.</p> <p>No último exercício, reconheceu com facilidade as personagens célebres e a sua respetiva área de atuação.</p>

Tabela 42

Plano da 19ª Sessão, realizada a 29 de agosto de 2018

Domínio Cognitivo	Descrição da Tarefa	Material	Estratégias Cognitivas	Passos
Atenção sustentada e dividida	<i>Seleção de Figuras</i> Objetivo: Assinalar as figuras solicitadas	Lápis e borracha.	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Observar a figura solicitada; 2º Assinalar todas que encontrar;
Função Executiva: flexibilidade de pensamento; Memória imediato Atenção sustentada e dividida.	<i>Busca dos Pares e dos Impares</i> Objetivo: Circundar n.ºs pares e ímpares	Lápis e borracha.	Verbalizar - impulsionar a doente a usar o suporte verbal; Guiar o exercício; Desenvolver e manter o foco da atenção e despoletar o <i>insight</i> e a automonitorização.	1º Circundar inicialmente todos os números ímpares; 2º Circundar seguidamente todos os n.ºs pares.
Linguagem; Função executiva: Abstração; Memória Semântica; Atenção alternada.	<i>Antónimos</i> Objetivo: Antónimos dos seguintes adjetivos	-	Hierarquia de pistas semânticas (facultar uma categoria-chave ou referir a função do item que comece pela letra correspondente).	1º Ouvir com atenção o adjetivo pedido; 2º Dizer o respetivo antónimo.

Função executiva: planejamento; Organização; Atenção sustentada.	<i>Labirinto</i> Objetivo: Percurso do gato até ao Peixe.	Lápis e borracha.	Elogiar envolvimento nas tarefas (autorregulação).	1º Descobrir e delinear o percurso que o gato tem de percorrer até chegar ao peixe.
Atenção dividida e sustentada; Função Executiva: Flexibilidade de pensamento.	<i>Figuras quadradas</i> Objetivo: Figuras exteriores quadradas.	Marcador cor de laranja.	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta.	1º Observar as figuras; 2º Assinalar todas as figuras com um quadrado exterior a cor de laranja.
Atenção sustentada e dividida; Função executiva: Flexibilidade de pensamento	<i>Letras U e V</i> Objetivo: Circundar a azul todos os U e a verde todos os V.	Marcador verde e lápis azul.	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta	1º Circundar todos os U a cor azul; 2º Circundar todos os V a cor verde.
Atenção alternada; Cálculo; Função executiva: Flexibilidade de pensamento.	<i>Dominó e o número de dedos</i> Objetivo: Completar conforme as imagens expostas	Lápis e borracha	Repetir oralmente a informação prévia – proporciona uma melhor codificação e consolidação da resposta;	1º Observar as imagens padrão com os respetivos nº de dedos; 2º Completar corretamente a sequência;

Tabela 43

Observações da 19ª Sessão, realizada a 29 Agosto de 2018

Observações
<p>Na última sessão, a doente surgiu de bom humor. Exibiu facilidade na realização do exercício em que tinha que assinalar as figuras pedidas juntamente no dos números pares e ímpares apresentando rapidez na velocidade das respostas.</p> <p>No exercício dos antónimos, respondeu corretamente e em apenas dois adjetivos necessitou de ajuda externa/verbal, no caso do “Forte” e “Frio” em que se referiu a pista fonémica.</p> <p>Na tarefa do caminho, sentiu alguma reticência a meio do exercício, tendo reforço positivo verbal para que continuasse e conseguiu realizá-la com sucesso “esta a ir bem N. ... esta num bom caminho ... confie”.</p> <p>No de assinalar as figuras com um quadrado exterior, a doente sentiu necessidade de dizer em voz alta e para ela mesma, como estratégia, em repetir várias vezes que era o quadrado exterior. Senão via-se tentada a circundar o interior.</p> <p>No exercício em que tinha de circundar a cor azul todos os U e a verde todos os V. Nos U não sentiu dificuldade, e contava-os a medida que os circulava enquanto nos V sentiu necessidade de dizer em voz alta as letras apresentadas, uma vez que “isto é a atenção, estou desatenta. Por vezes, o V confunde-me com o Y”. Sendo o ler alto a estratégia optada, de modo a não dispersar a atenção. O que ocorreu da mesma forma no exercício dos dominós e dos números de dedos.</p>

Anexo V – Instrumentos Psicológicos

Tabela 44

Instrumentos	Descrição	Resultados
<i>BSI</i>	Inventário Breve de Sintomas	<i>2,3 (depressão)</i>
<i>HADS</i>	Escala de ansiedade e depressão	<i>A = 7</i> <i>D = 8</i>

Nota: **D** - depressão; **A** - ansiedade

Anexo VI – Perguntas da Entrevista

1. Para si, qual é a principal vantagem deste Programa?
2. O que sentiu de diferente na sua vida desde que começou a participar neste programa?
Na sua vida diária.
3. Quais são os aspetos positivos que retira da experiência deste programa?
4. Existe algum aspeto menos positivo que queira mencionar? O que podemos melhorar neste programa?
5. Mudou a perceção que tem da doença? Ou a forma como lida com a doença?
6. Sente alteração de humor desde que se encontra no programa? Como se sentia antes de frequentar e em relação à sua gestão?

